



PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

## **Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji**

---

### **Souhrnná zpráva**

**Liberec, září 2012**

Dokument vznikl v rámci individuálního projektu IP 3 „Rozšíření nástrojů pro podporu systému plánování sociálních služeb v Libereckém kraji“, reg. č. CZ.1.04/3.1.00/05.00053, který je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a ze státního rozpočtu České republiky.

**Název studie:** Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji

**Zadavatel studie:** Liberecký kraj, U jezu 642/2a, 461 80 Liberec 2, IČ 70891508, DIČ CZ70891508, zastoupený: Mgr. Stanislavem Eichlerem, hejtmanem

**Realizátor:** PROADIS, o. s. – Propojené adiktologické služby - PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc. (PROADIS – WHITE LIGHT I., o. s.), Martin Zahálka (PROADIS – WHITE LIGHT I., o. s.)

**Název zprávy:** Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji: Souhrnná zpráva

**Autor zprávy:** Radimecký, J.

**Počet stran:** 90

Pro bibliografické citace:

Radimecký, J. (2012) Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji: Souhrnná zpráva, Liberecký kraj.

# 1 Obsah

1	Souhrn poznatků a doporučení z analýzy	4
1.1	Cílové skupiny uživatelů služeb následné péče	4
1.2	Potřeby uživatelů služeb následné péče	4
1.3	Služby následné péče pro uživatele návykových látek	5
1.4	Aktuální dostupnost služeb NP pro uživatele NL v Libereckém kraji	5
1.5	Doporučení úprav sítě služeb	6
1.6	Návrh postupu realizace doporučených úprav	7
2	Metodologie analýzy	8
2.1	Zadání	8
2.2	Použité metody	9
2.2.1	Použité postupy a zdroje dat	10
2.2.2	Profil fiktivního zájemce o službu následné péče	12
2.2.3	Respondenti	14
2.3	Etické otázky a metodologické limity analýzy	14
2.3.1	Etické principy výzkumu	14
2.3.2	Metodologické limity analýzy	16
2.3.3	Postřehy z realizovaného terénního šetření	17
2.4	Technické, organizační a personální zajištění analýzy	18
2.5	Přehled dostupných podkladů a zdrojů pro zpracování analýzy	19
2.6	Zhodnocení použitých podkladů a zdrojů a jejich využitelnosti	20
2.6.1	Strategické a koncepční dokumenty na úrovni kraje	20
2.6.2	Následná péče pro UNL v komunitních plánech měst a regionů	24
3	Zjištění a popis současné situace	34
3.1	Popis cílových skupin uživatelů a služeb následné péče	34
3.1.1	Cílové skupiny uživatelů služeb následné péče	34
3.1.2	Služby následné péče	42
3.2	Aktuální dostupnost služeb následné péče pro uživatele NL	51
3.2.1	Specializované služby pro uživatele návykových látek	51
3.2.2	Na uživatele NL nespécializované služby	54
3.2.3	Dopravní dostupnost služeb následné péče	61
3.2.4	Shrnutí	62
3.3	Návaznost na další sociální, zdravotnické a jiné související služby	64
4	Analýza potřebnosti služeb a prognóza do r. 2017	72
4.1	SWOT analýza stavu a kvality sítě služeb následné péče	72
4.2	Výstupy z analýzy potřebnosti služeb	77
4.3	Prognóza do r. 2017	82
5	Doporučení z analýzy	84
5.1	Doporučení úprav sítě služeb	84
5.2	Návrh postupu realizace doporučených úprav	86
5.3	Doporučení pro případné doplnění a rozšíření analytických prací	87
7	Seznam použitých zkratk	90

## 1 Souhrn poznatků a doporučení z analýzy

V této části jsou ve stručném přehledu uvedeny hlavní poznatky získané v průběhu realizované analýzy a doporučení k realizaci opatření, jež by měla přispět ke zvýšení dostupnosti a kvality služeb následné péče v Libereckém kraji. Prezentované výstupy jsou podrobněji diskutovány v příslušných kapitolách.

### 1.1 Cílové skupiny uživatelů služeb následné péče

#### Standardsy služeb pro uživatele drog

Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preferovány jsou osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou ambulantní/pobytovou léčbu, s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci.

#### Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Služby následné péče jsou (ambulantní nebo pobytové služby) poskytované osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.

#### Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010

V roce 2010 využilo ambulantní následnou péči poskytovanou 13 zařízeními 494 klientů. Intenzivní následnou péči s chráněným bydlením (13 zařízení s kapacitou 269 míst) využilo 493 klientů. Kromě uvedených 13 zařízení mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní zařízení, jejichž počet a typy jimi poskytované péče jsou obtížně zjistitelné.

Klienty služeb NP jsou uživatelé návykových látek, v průměrném věku kolem 29 let, na 3 muže připadají 2 ženy. Mezi nimi převažují závislí na užívání pervitinu (60 %), následování uživatelé jiných látek, patrně i alkoholu či patologičtí hráči (26 %) a uživatelé opiátových drog (14 %).

Převážná část uživatelů pervitinu a opiátů užívala drogy injekčně (78 %), proto mohou trpět závažnějšími zdravotními komplikacemi, než neinjekční uživatelé NL.

Uživatelé služeb intenzivní následné péče s doprovodným bydlením nemají vlastní bydlení a/nebo podmínky a vztahy v rodině, aby u nich mohli alespoň dočasně bydlet; nebo mohou vyhledávat služby NP v jiném místě, než odkud pocházejí, aby se vymanili z pro ně ohrožujícího sociálního prostředí známých uživatelů návykových látek, v němž před léčbou žili.

Při nástupu do služby NP zpravidla nemají stálé pracovní místo a pobírají státní sociální podporu - dávky v hmotné nouzi. Až 60 % převážně z uživatelů nealkoholových drog má ukončené pouze základní vzdělání a až 30 % z nich může mít záznam v Rejstříku trestů, což jim může ztěžovat situaci při hledání pracovního místa.

### 1.2 Potřeby uživatelů služeb následné péče

Klienti služeb NP mají vedle základních fyziologických potřeb - potravy, tekutin, spánku, odpočinku či sexuálního uspokojení a vyhnutí se bolesti – další dva hlavní okruhy potřeb: **a) sociální a zdravotní** (v oblastech práce a vzdělání, volného času, budování zdravých vztahů a sociální sítě, řešení zdravotních komplikací) a **b) v oblasti osobnostního rozvoje a růstu**.

### 1.3 Služby následné péče pro uživatele návykových látek

Výzkumy naznačují, že úspěšnost léčby závislosti a udržení změn v chování uživatelů návykových látek dosažených v léčbě, zejména pak abstinence, zvyšují služby následné péče až o 80 %.

#### Standardy služeb pro uživatele drog

Služby následné péče jsou strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců.

Pro práci s klienty jsou používány tyto formy práce: skupinová terapie, rodinná případně partnerská terapie, sociální práce, program prevence relapsu, rehabilitace, farmakoterapie, toxikologická vyšetření, krizová intervence, doplňkové programy (informace, poradenství a edukace – např. v otázkách zaměstnanosti, řešení dluhů, právních problémů apod.).

#### Návrh koncepce sítě adiktologických služeb

Následná péče či doléčování je **zdravotně sociální model péče**, který poskytuje péči směřovanou k podpoře a udržení abstinence. Jedná se o primárně ambulantní službu, součástí komplexní péče ambulantního doléčovacího programu může být chráněné bydlení.

Hlavní náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na udržení abstinence, navození motivačních změn a psychické i somatické stability a na prevenci relapsu. Odborná péče doléčovacích programů je koncipována jako strukturovaný proces obsahující tyto základní komponenty: skupinová terapie, rodinná či partnerská terapie, sociální práce, rehabilitace. Mezi medicínské složky patří farmakoterapie či toxikologická vyšetření.

#### Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby, které provozují tyto činnosti: sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, poskytnutí ubytování a poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění.

#### Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných návykových látek

Zařízení následné a doléčovací péče jsou programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a které obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.

### 1.4 Aktuální dostupnost služeb NP pro uživatele NL v Libereckém kraji

Služby následné péče pro uživatele návykových látek, respektive jejich dílčí segmenty neposkytuje v Libereckém kraji pouze jediné specializované pracoviště Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s. v Liberci, ale i jiní poskytovatelé pomáhajících služeb.

Jde nejméně o 4 psychiatrické ambulance/ordinace (7 lékařů – psychiatrů, 1 psychoterapeutku nelékařku) v České Lípě, v Liberci a v Semilech, o 3 psychologické poradny v Liberci, Jablonci n. N. a v České Lípě, 1 Poradnu pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy v Jablonci n. N. a 2 sociální služby v Liberci a České Lípě.

Časová dostupnost ambulantních služeb následné péče z 21 měst v Libereckém kraji hromadnou dopravou se pohybuje v rozmezí 11 – 95 min., přičemž z většiny měst kraje je dostupná během nejvýše 30 min. (12), z 8 měst nejvýše do 1 hod. a pouze v případě Nového Města p. Smrkem trvá cesta do Liberce jedním směrem 1 hod. 35 min. Přiměřená se jeví i cena za jízdné, jež se v případě cesty jedním směrem pohybuje ve výši 16,- až 50,- Kč.

Služby následné péče s pobytovou složkou jsou časově dostupné o něco hůře. Ze tří měst trvá cesta více než 60 min., ze dvou více než 120 min. Nicméně, vzhledem k tomu, že se jedná o cestu do místa, kde klienti služby následné péče dočasně bydlí, nelze tuto skutečnost vnímat jako

výraznou bariéru v dostupnosti služby. Uživatelé návykových látek po léčbě nezřídka využívají těchto typů služeb v mnohem vzdálenějších místech od místa jejich trvalého bydliště.

**Současná nabídka služeb následné péče** v obou formách – tj. ambulantní i s doprovodným ubytováním - **se v Libereckém kraji jeví** být relativně **přiměřená poptávce** po ní **a služby jsou** pro potenciální zájemce o ně **dostupné** – byť ne vždy v jejich komplexní podobě - bez zbytečného prodloužení **v místě, čase i z hlediska finančního**.

**Stávající služby následné péče** v kraji **nelze považovat za provázanou a spolupracující** tzv. **optimální síť**. Aby o ní bylo možné mluvit: a) měli by mít uživatelé NL možnost většího výběru služeb podle svých potřeb a preferencí; b) měly by služby vzájemně úzce komunikovat a spolupracovat při poskytování sociálních a/nebo zdravotnických služeb klientům.

## 1.5 Doporučení úprav sítě služeb

Z provedeného šetření nevyplývá potřeba zřizovat nové služby následné péče v kraji. Jako realističtější se – i vzhledem k současné situaci ve financování pomáhajících služeb - jeví podpora rozšiřování spektra služeb a spolupráce služeb na území kraje existujících.

### na úrovni celého kraje:

Služby následné péče poskytované psychiatrickými ordinacemi/ambulancemi by měly být dostupné ve všech městech, kde tyto působí – tj. nejenom v Liberci, České Lípě a Semilech, ale i v Jablonci n. N., ve Frýdlantu, v Turnově a v Jilemnici. To je nicméně úkol, který nespadá do gesce odboru sociálních věcí KÚ LK (návrh opatření viz bod 1.6).

Specifickou výzvou se jeví být zlepšování vzájemné komunikace a spolupráce mezi pracovníky zdravotnických i nezdravotnických služeb poskytujících služby následné péče pro uživatele návykových látek (návrh opatření viz bod 1.6).

### Česká Lípa

V České Lípě jsou služby následné péče dostupné v psychiatrické ordinaci MUDr. Hnídka, kde se závislími uživateli NL pracují 4 lékaři – psychiatři a 1 terapeutka – nelékařka, jež poskytuje individuální i skupinovou formu následné péče. Dostupná ve městě je i nabídka klienty neplacené služby ambulantní následné péče v jedné psychologické ordinaci.

Nejbližší služba následná péče s ubytováním je dostupná v Děčíně respektive v Liberci. Jako příležitost pro rozšíření stávajících služeb pro klienty služeb následné péče ve městě se jeví nabídka služeb ubytování mj. i pro uživatele NL po léčbě, tj. služby, kterou v České Lípě nabízí Dům humanity a denní stacionář.

### Liberec

V Liberci sídlí Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s., které poskytuje služby ambulantní následné péče pro uživatele NL s doprovodným ubytováním. Služby následné péče ve městě poskytují ještě nejméně 2 lékaři – psychiatři a 1 psychologická ordinace, působí zde i dvě svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků – jedna při Krajské nemocnici Liberec, jedna při místní faře.

CAS - DP ve svém kombinovaném typu služby NP (ambulantní s ubytováním) v r. 2011 uspokojilo cca 54 % zájemců o službu (28 z 52). V tomto ohledu se jako možná příležitost pro rozšíření kapacity služby jeví možnost navázání spolupráce s Azylovým domem SPERASMUS – Návrat, o. p. s., který nabízí ubytovací služby pro cílovou skupinu uživatelů NL po absolvované léčbě. Výhodou je, že sociální služby nemusí – na rozdíl od toho, co po službách pro poskytovatele drog požaduje RVKPP – omezovat své služby na uživatele ilegálních drog.

### Semily

V Semilech poskytuje službu NP pro uživatele NL lékař se specializací AT cca na 0,1 úvazku. Pro zpestření nabídky v Semilech se jako výhodné jeví, kdyby kromě této nabídky byla dostupná i

nabídka poradenství pro uživatele návykových látek ze strany jednoho ze dvou psychologů, kteří zde pracují.

## 1.6 Návrh postupu realizace doporučených úprav

Jak bylo argumentováno v bodě 1.3, následná péče pro uživatele návykových látek je ze své povahy zdravotně sociální model péče/služby, který vyžaduje spolupráci sociálních a zdravotnických služeb. Proto by aktivity s cílem zvyšovat dostupnost a kvalitu služeb následné péče pro uživatele návykových látek neměly být pouze v gesci sociálního odboru KÚ LK, ale měly by být realizovány v úzké součinnosti s odborem zdravotnictví.

Optimalizaci sítě služeb následné péče pro uživatele návykových látek brání řada překážek na systémové úrovni. Jde zejména o přetrvávající rozdílné nároky na sociální a zdravotnické služby, dělení služeb podle typu užívaných návykových látek a/nebo nerovné nároky na sociální respektive zdravotnické služby a jejich poskytovatele podle formy právní subjektivity zejména při jejich financování.

Zmíněné systémové překážky se promítají i do praxe krajských a/nebo místních orgánů veřejné samosprávy, ale i do fungování zdravotnických či sociálních služeb, stejně jako do přístupu zájemců o službu ke službám. To do velké míry omezuje možnosti, jak může Liberecký kraj dostupnost a kvalitu sociálních respektive zdravotnických služeb následné péče pozitivně ovlivňovat.

Další nevýhodou pro zlepšování stavu v dostupnosti a kvalitě služeb následné péče je, že Liberecký kraj nemůže jednotlivým poskytovatelům služeb něco nařizovat a jejich pracovníci nemusejí mít zájem ve své praxi cokoli měnit mj. i proto, že pro část z nich tvoří uživatelé návykových látek pouze nepatrnou část jejich cílové skupiny.

Příležitostí pro zvyšování dostupnosti služeb následné péče poskytovaných lékaři-psychiatry může být pracovníky MZ ČR zvažovaný záměr obnovit síť AT poraden v jejich podobě před r. 1989. Jinou příležitostí na úrovni Libereckého kraje se zdá být revize stávajících tzv. AT úvazků a jejich případná redistribuce.

Jako možný prostředek k podpoře komunikace a spolupráce mezi různorodými poskytovateli služeb následné péče se jeví být organizování společných setkávání poskytovatelů služeb, na nichž se mohou vzájemně více poznat, prodiskutovat možnosti a limity vzájemné spolupráce a společně navrhnout způsoby komunikace a spolupráce v síti služeb následné péče v kraji.

Výše navrhovaná setkání poskytovatelů služeb NP a rozvoj jejich spolupráce mohou přispět i ke zvyšování využívání stávajících kapacit nabízených existujícími sociálními službami a/nebo službami psychologického poradenství v kraji, jež jsou navrhována v bodě 1.5.

K dalším možným opatřením, která mohou přispívat ke zlepšování dostupnosti a kvality služeb následné péče, jsou aktivity pracovníků KÚ LK respektive politických reprezentantů kraje při odbourávání výše zmíněných překážek na systémové úrovni při jednáních s ústředními státními orgány a se zákonodárci na celostátní úrovni.

## 2 Metodologie analýzy

V této kapitole jsou uvedeny cíle analýzy, jak byly definovány zadavatelem ve výzvě a upřesněny při osobním setkání zástupce realizátora šetření a pracovníků Krajského úřadu Libereckého kraje. Dále jsou popsány postupy použité pro sběr a analýzu dat, hlavní etické principy, jež zpracovatel při realizovaném šetření uplatňoval, metodologické limity analýzy a interpretace dat použitých při její realizaci, stejně jako její technické, organizační a personální zajištění.

### 2.1 Zadání

Zakázka „Analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek“ je realizovaná v rámci individuálního projektu IP 3 – „Rozšíření nástrojů pro podporu systému plánování sociálních služeb v Libereckém kraji“, reg. č. CZ.1.04/3.1.00/05.00053, financovaného na základě Rozhodnutí o poskytnutí dotace č. OPLZZ-ZS824-41/2011 z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a ze státního rozpočtu České republiky.

Cílem zmíněného projektu je **analýza potřebnosti sociálních služeb** působících na území Libereckého kraje, **v tomto případě služeb následné péče pro uživatele legálních a ilegálních návykových látek**. Jak je však v dalším textu ilustrováno, služby následné péče nejsou pouze sociální služby, ale mají komplexní, sociálně zdravotní charakter. Proto se analýza nezaměřuje pouze na hodnocení potřebnosti sociálních, ale i zdravotnických služeb, které služby následné péče respektive její dílčí segmenty uživatelům návykových látek v Libereckém kraji poskytují.

**Předmětem zakázky je analýza kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek na území Libereckého kraje.**

Výstupy analýzy budou v rámci zmíněného projektu sloužit Libereckému kraji jako podklad pro tvorbu střednědobého plánu s cílem vybudovat na území kraje optimální síť sociálních služeb mj. i v oblasti následné péče pro uživatele návykových látek.

Při jednání zástupce zhotovitele analýzy se zástupci Libereckého kraje, které proběhlo dne 9. ledna 2012 v Liberci, bylo zadání dále specifikováno. Na základě výše uvedeného jednání definoval zhotovitel následující **cíle analýzy** kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji:



- popsat dostupnost a potřebnost služeb následné péče na území kraje;
- identifikovat případné chybějící služby následné péče na území kraje;
- předložit návrh doporučení pro případnou úpravu stávající sítě služeb následné péče.

Výše uvedené zadání bylo zohledněno ve struktuře této souhrnné zprávy, jež vedle úvodní části věnované popisu metodologie realizované analýzy v následujících třech kapitolách představuje:

- Popis současné situace v poskytování služeb následné péče sociálními a/nebo zdravotnickými službami včetně jejich aktuální dostupnosti a provázanosti s dalšími sociálními a/nebo zdravotními službami (kap. 3).
- Výstupy z analýzy potřebnosti služeb následné péče a prognózu do r. 2017 (kap. 4).
- Doporučení z analýzy (kap. 5).

## 2.2 Použité metody

Analýza byla zpracovaná s využitím **metody rychlého průzkumu a zhodnocení realizovaných opatření** (Rapid Assessment and Response - RAR). **Ta staví na kombinaci postupů kvantitativního** (analýza dostupných statistických dat) **a kvalitativního výzkumu** (informace pocházející zejména z rozhovorů s poskytovateli sociálních a zdravotnických služeb na území kraje, s jejich klienty a/nebo zájemci o službu následné péče a z textové analýzy dostupných dokumentů).

Metoda rychlého zhodnocení situace má potenciál generovat důležité aktuální informace z oblasti veřejného zdraví a/nebo sociálních služeb, které mohou být využity pro rozvoj odpovídajících opatření a intervencí (Fitch a Stimson, 2003) při realizaci opatření protidrogové politiky Libereckého kraje. Nicméně, vzhledem ke svému charakteru, nabízí data a informace spíše kvalitativního charakteru, jež se mohou v důsledku různých faktorů poměrně rychle změnit. Ke změnám může dojít např. v důsledku pokračujícího krácení dotačních prostředků od ústředních státních orgánů a/nebo ne zcela systémového postupu při jejich přerozdělování či zvýšení poptávky po léčbě závislosti a následné péči v důsledku prudkého nárůstu problémových uživatelů návykových látek apod. Tato metoda rovněž nemusí poskytnout vyčerpávající a/nebo jednoznačné

odpovědi na všechny otázky, na něž by pracovníci KÚ LK a nositelé rozhodovacích pravomocí v kraji mohli chtít odpovědi. Podrobněji viz metodologické limity analýzy v kapitole 2.3.

### **2.2.1 Použité postupy a zdroje dat**

V rámci metody rychlého průzkumu byly pro účely zpracování analýzy použity zejména tyto výzkumné postupy a zdroje dat:

- zpracování sekundárních kvalitativních dat metodou textové analýzy dostupných dokumentů – ve vztahu k tématu následné péče pro uživatele ilegálních a legálních drog. Šlo zejména o různé druhy strategických či koncepčních dokumentů /nebo plánů rozvoje sociálních služeb z celostátní úrovně respektive z úrovně Libereckého kraje, z komunitních plánů z úrovně měst a regionů na jeho území, přehledové monitorovací a hodnotící zprávy o stavu ve věcech užívání návykových látek a/nebo realizace opatření protidrogové politiky na celostátní či krajské úrovni, Případné další relevantní publikace a/nebo dokumenty identifikované v rámci rešerše literatury a/nebo terénních šetření (např. související odborné publikace, výzkumné práce a/nebo práce studentů různých typů vysokých škol, které se tématem následné péče v ČR zabývají). Přehled použitých publikovaných dokumentů, zpráv či prací je uveden v bodě 2.5. Přehled dostupných podkladů a zdrojů pro zpracování analýzy nebo v bodě 6 Použitá literatura;
- kvantitativní analýza sekundárních statistických dat, zejména o počtech uživatelů návykových látek v léčbě a v následné péči z dat prezentovaných na celonárodní úrovni, ve zprávách o činnosti poskytovatele specializované služby následné péče pro uživatele NL v Libereckém kraji a z dotazování pracovníků pomáhajících služeb v Libereckém kraji. Data specializované služby Centra ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s. v Liberci byla pro ilustraci srovnána s využitím dat dalších vybraných služeb následné péče ve srovnatelně velkých městech v České republice, zejména s ohledem na zmapování trendů poptávky po službách následné péče;
- zpracování primárních kvalitativních dat metodou textové analýzy realizovaných rozhovorů - pro zjištění aktuální dostupnosti služeb následné péče pro jejich

potenciální klienty (podrobněji viz kap. 3.1 Popis cílových skupin uživatelů a služeb následné péče) na území kraje oslovili realizátoři studie telefonicky – v roli potenciálních zájemců o služby následné péče v okamžiku před ukončením jejich rezidenční léčby v terapeutické komunitě a/nebo psychiatrické léčebně – sociální a zdravotnické služby (poradny, službu následné péče s podporou samostatného bydlení, dům na půli cesty, psychiatrické ambulance, psychologická pracoviště, azylové domy), které ve své nabídce deklarují služby pro uživatele návykových látek, ilegálních i legálních a/nebo které by některé typy služeb pro uvedenou cílovou skupinu poskytovat mohly. Realizátoři analýzy v těchto zařízeních poptávali možnost následné péče – ambulantní a/nebo s podporovaným bydlením. V případě, že jim oslovená zařízení následnou péči z různých důvodů odmítla poskytnout, zjišťovali povědomí pracovníků oslovených služeb o nejbližších, místně dostupných službách následné péče, kterou by mohli se žádostí o poskytnutí služby oslovit. Tak ověřovali i míru znalostí pracovníků o dalších službách v kraji i vzájemné komunikace a případné spolupráce mezi různými typy sociálních a zdravotnických služeb v daném regionu ve prospěch uživatelů návykových látek, kteří žádají o službu následné péče na území kraje.

**Hlavním důvodem pro použití tohoto postupu** při realizaci analýzy **byla snaha** jejich zpracovatelů, **zjistit skutečnou a nikoli deklarovanou dostupnost služeb následné péče** pro zájemce o ni. Jinými slovy, při tomto zvoleném postupu se realizátoři analýzy dozvěděli, zda a případně za jakých podmínek oslovený respondent – pracovník služby či zařízení – fiktivnímu klientovi službu následné péče skutečně poskytne a/nebo alespoň doporučí jinou. Tuto okolnost by zpracovatelé analýzy nemuseli spolehlivě zjistit v případě, že by pracovníky služeb oslovovali z pozice výzkumníků pracujících pro Liberecký kraj, kteří se jich dotazují, zda služby následné péče pro uživatele návykových látek poskytují. Existuje totiž riziko, že by někteří z oslovených respondentů – např. z obavy, co by se stalo, pokud by uvedli, že službu neposkytují - mohli uvádět, že službu následné péče poskytují, i když tomu tak ve skutečnosti není. Pro ilustraci, Státní zdravotnický ústav prezentuje seznam 10 ambulantních pracovišť, jež v Libereckém kraji poskytují služby uživatelům

alkoholu<sup>1</sup>. Při realizovaném telefonickém šetření byl ale „fiktivní“ zájemce o službu následné péče po léčbě závislosti na alkoholu ve 4 z těchto pracovišť odmítnut s tím, že se služby závislým neposkytují.

- v roli uživatelů návykových látek, kteří na území LK – v blízkosti místa jejich fiktivního trvalého bydliště v různých regionech – hledají službu následné péče, oslovili realizátoři analýzy i pracovníky dalších služeb pomáhajících profesí. Šlo zejména o vytipované sociální služby, ale i o různé typy poraden včetně psychologických a/nebo psychiatrických ambulancí či ordinací, identifikovaných v průběhu realizace analýzy pro sběr primárních dat. Uživatelé návykových látek nejsou primární cílovou skupinou těchto typů služeb/zařízení, ale do širší cílové populace patří nebo patřit mohou (např. osoby ohrožené sociálním vyloučením, s psychiatrickou diagnózou závislosti na návykových látkách). Cílem této části analýzy bylo zjistit dostupnost jimi případně poskytovaných služeb následné péče a ověřit povědomí oslovených pracovníků o aktuální nabídce a dostupnosti služeb následné péče pro uživatele návykových látek v regionu, kde působí a případnou míru jejich spolupráce s pracovníky služeb následné péče.
- v závěru šetření byla oslovena ta zařízení a služby, které byly fiktivním zájemcům ochotny poskytnout poptávané služby následné péče. V této fázi tazatel přiznal svoji pravou totožnost a to, že sbírá data pro analýzu následné péče pro potřeby Libereckého kraje a dotazoval se na počty klientů, kterým služby následné péče ročně poskytly a na trendy případného meziročního zvyšování poptávky po službách. Tato data byla použita jako základní zdroj pro zpracování prognózy do r. 2017.

**Hlavním výstupem analýzy je tato souhrnná závěrečná zpráva a doplňkovým výstupem, který je nedílnou součástí této zprávy je PowerPointová prezentace obsahující souhrn hlavních zjištění a doporučení z analýzy.**

### **2.2.2 Profil fiktivního zájemce o službu následné péče**

Jak již bylo uvedeno, respondenti byli v průběhu realizace analýzy telefonicky osloveni formou fiktivní zakázky o poskytnutí, zprostředkování a/nebo doporučení služby

---

<sup>1</sup> [www.szu.cz/uploads/documents/czpz/.../PracovisteAlkohol.xls](http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/.../PracovisteAlkohol.xls)

následné péče pro zájemce o tuto službu – tj. realizátory analýzy vytvořeného „prototypu“ uživatele ilegálních i legálních návykových látek.

Tento zájemce o službu byl realizátory studie vytvořen na základě typologie uživatelů ilegálních a legálních návykových látek, s několikaletou kariérou problémového a/nebo závislostního užívání návykové látky, s diagnostikovanou závislostí na jejím užívání, který je v době poptávání služby následné péče v pobytové léčbě závislosti v psychiatrické léčebně Červený Dvůr a/nebo v terapeutické komunitě WHITE LIGHT I v Mukařově, okres Litoměřice. Tento klient plánuje, vrátit se po absolvování pobytové léčby do místa svého bydliště nebo - v případě menších měst v Libereckém kraji – se do nového místa bydliště stěhuje za svojí přítelkyní. Pracovníky léčebného zařízení, v němž v současné době absolvuje svoji léčbu, mu bylo standardně doporučeno, aby si v místě svého bydliště nebo v jeho nejbližším okolí zajistil službu návazné následné péče ambulantní a/nebo ambulantní s doprovodným chráněným/podporovaným bydlením.

Klient díky svému několikaletému problémovému užívání návykové látky přišel o práci a nedisponuje žádnými vlastními finančními prostředky, v současné době pobírá sociální příspěvky v hmotné nouzi a dosud nemá zajištěné pracovní místo, které hodlá hledat po ukončení léčby a návratu či přestěhování do města v Libereckém kraji. Vzhledem k této skutečnosti si nemůže dovolit využívat případných služeb placené následné péče a problém při jejím využívání pro něj může znamenat i dojíždění do vzdálenějších měst. Po svém návratu plánuje pracovat v nějakém typu dělnické profese s jednosměnným provozem a jeho pracovní doba bude končit cca v 15,00 hod.

Takto konstruovaný prototyp klienta umožnil analyzovat tři aspekty dostupnosti služeb následné péče pro uživatele návykových látek:

- **místní dostupnost** (tj. jak daleko je nejbližší služba dostupná, jakým způsobem by se do ní musel klient dopravovat);
- **časovou dostupnost** (tj. zda je služba dostupná pro klienta pracujícího v jednosměnném provozu a kolik času by strávil cestou k čerpání služby);
- **finanční dostupnost** (tj. kolik finančních prostředků by musel klient za cestovné, případně za čerpání služby – ať u v podobě poplatků za lékařskou péči nebo platbou za službu - vynaložit).

### 2.2.3 Respondenti

Jak již bylo zmíněno, respondenty, kteří byli v průběhu realizace analýzy osloveni, bylo několik skupin pracovníků v pomáhajících profesích (tj. v sociálních, zdravotnických, psychologických, dalších poradenských a/nebo v adiktologických službách a uživatelé návykových látek - klienti služeb pobytové léčby závislosti v psychiatrické léčebně a/nebo v terapeutické komunitě, kteří o službu následné péče v Libereckém kraji aktuálně žádali nebo ji využívali. Přehled jednotlivých skupin oslovených respondentů a jejich počet uvádí tab 1 níže.

Tab 1 – Respondenti analýzy kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek v Libereckém kraji

Skupina respondentů	Počet kontaktovaných	Počet těch, s nimiž proběhl rozhovor
Pracovníci sociálních/ adiktologických služeb pro uživatele NL	3	3
Pracovníci dalších sociálních služeb	5	5
Pracovníci zdravotnických služeb	14	8
Pracovníci psychologických poraden	13	4
Pracovníci dalších typů poraden	6	5
Uživatelé návykových látek	8	8
<b>CELKEM</b>	<b>49</b>	<b>33</b>

## 2.3 Etické otázky a metodologické limity analýzy

### 2.3.1 Etické principy výzkumu

V průběhu realizace výzkumu byly – tam, kde to bylo s ohledem na zvolený postup získávání dat pro analýzu možné - aplikovány základní etické principy pro sociologický výzkum (Marshall, 1998). Ten vychází při formulaci etických zásad z Friedrichsova postulátu (1970), že lidská znalost není v případě jejího předávání neutrální, protože představuje moc jednoho člověka nad druhým (in Marshall, 1998: s. 201). Ačkoli v této oblasti neexistuje jednoznačný konsensus o kompletní sadě etických pravidel, jež mají být při realizaci výzkumu se zapojením lidí dodržována, přesto panuje shoda na obecně sdílených profesionálních principech. Přičemž k těm hlavním patří:

- a) *poučený souhlas účastníka výzkumu,*
- b) *nevystavování neobvyklému stresu, manipulaci nebo osobnímu riziku,*
- c) *ochrana osobních údajů.*

**Ad a) poučený souhlas** účastníka výzkumu má zaručovat ochranu jeho práv a soukromí prostřednictvím poučení o cílech, metodách, výhodách, nevýhodách a

případných rizicích účasti ve výzkumu. Jak je ze zvoleného postupu pro získávání primárních dat pro analýzu zřejmé, princip poučeného souhlasu oslovených respondentů nebyl v tomto případě dodržen. Pokud by tazatel v roli zájemce o službu prozradil svoji identitu a účel dotazování, velmi pravděpodobně by nezjistil skutečnou, ale deklarovanou dostupnost služeb následné péče pro zájemce. Nedodržení principu poučeného souhlasu je sice na hraně etiky výzkumu, ale pro daný účel bylo nezbytné. Jedná se o postup, který byl ve světě i v ČR pro podobné účely v minulosti použit a je v rámci kvalitativního výzkumu uznáván jako přípustný. Poznatky získané v takto provedeném šetření nejsou pro dotazované pracovníky služeb ohrožující, protože z nich pro ně nevyplývají jakékoli možnosti postihu ze strany zadavatele analýzy a/nebo od jakékoli třetí strany.

Klienti služeb pro uživatele návykových látek, kteří byli pro účely této analýzy rovněž dotazováni, odpovídali na základě poučeného souhlasu. V něm byli informováni nejenom o analýze a jejím účelu, ale i o tom, že pokud budou chtít, mohou rozhovor s tazatelem bez udání důvodu odmítnout či jej kdykoli ukončit. Této možnosti nicméně žádný z nich nevyužil, patrně proto, že byli přesvědčeni o přínosu analýzy pro ně samotné i pro další uživatele návykových látek, kteří mohou v budoucnu službu následné péče v Libereckém kraji poptávat.

Podobně byli o analýze a jejím účelu poučeni pracovníci služeb oslovení v závěrečné fázi, kdy byli dotazováni na informace o počtech uživatelů návykových látek, kterým ročně poskytnou služby následné péče.

**Ad b) nevystavování neobvyklému stresu, manipulaci nebo osobnímu riziku** – již s ohledem na nedodržení principu poučeného souhlasu v případě oslovených pracovníků pomáhajících služeb postupovali tazatelé při rozhovorech se všemi respondenty korektně, slušně, s respektem a lidskou důstojností. Tazatelé měli na paměti, že svým způsobem reprezentují populaci uživatelů návykových látek v léčbě, kteří poptávají službu následné péče a dbali na to, aby skutečným potenciálním zájemcům o službu NP v Libereckém kraji nepoškodili pověst a tím jim neztížili možnost poptávanou službu získat.

**Ad c) ochrana osobních údajů** – v tomto případě jde především o to, zachovávat mlčenlivost a důvěrnost v případě informací, jež by mohly vést k identifikaci dotazovaných účastníků šetření, jak v procesu sběru a analýzy dat, tak při prezentaci jeho výsledků. Vzhledem k povaze analýzy, byly do záznamových archů uváděny pouze

služby, nikoli jejich dotazovaní pracovníci a/nebo klienti, jejichž jména nejsou uváděna ani v této zprávě.

### 2.3.2 Metodologické limity analýzy

Patrně všechny používané výzkumné přístupy a metody mají své výhody i nevýhody, z nichž plynou jejich limity co do úplnosti zodpovězení otázek stanovených zadavatelem a do výpovědní hodnoty zjištění, např. ve smyslu jejich generalizace, validity (platnosti) a reliability (spolehlivosti).

Realizátoři studie při sběru dat nedisponovali žádnými zvláštními pravomocemi a navíc oslovovali vytipované respondenty z pozice uživatele návykové látky – zájemce o službu následné péče, což se mohlo projevit i co do **úplnosti dat**. Pracovníci oslovených poskytovatelů služeb nemuseli být ochotni nebo schopni odpovědět na všechny otázky tazatelů nebo sdělit všechny informace potřebné pro zpracování analýzy podle zadání. V několika případech odmítli dotazovaní pracovníci – v případě, že daná služba následnou péči neposkytovala – na další otázky tazatelů odpovídat a odkazovali na informace na internetu (paradoxně i v případě, kdy daná služba/zařízení vlastní internetové stránky neprovozovala).

Je rovněž pravděpodobné, že se realizátorům analýzy nepodařilo oslovit všechny relevantní jednotlivce či subjekty, od nichž bylo možné získat informace využitelné pro realizaci analýzy. To může být způsobeno zejména tím, že o nich neměli dostatek informací a kontaktů, které byly vyhledávány z veřejně dostupných zdrojů. Tazatelé např. v průběhu sběru dat zjistili, že veřejně prezentované kontaktní údaje v tzv. mapě pomoci, jež je umístěna na webu [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz) Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, nebo v dalších typech profesních adresářů (poskytovatelů sociálních, psychologických a/nebo zdravotnických služeb) již nefungují nebo že došlo ke změně pracovníků či adres v některých poskytovaných službách.

Ostatně, jak vyplývá z jejího názvu, **metoda** použitá pro zhodnocení situace v kraji – tj. **rychlý průzkum** - je výzkumný přístup, který **nepočítá s kontaktováním vyčerpávajícího a/nebo reprezentativního počtu možných respondentů**.

Další skutečnosti, jež mohou vypovídací hodnotu této zprávy limitovat, jsou **problémy ve srovnatelnosti v rozhovorech získaných primárních dat o dané službě** poskytovaných jednotlivými respondenty v rozhovorech s tazateli. Jak již bylo zmíněno,



v několika případech odmítli dotazovaní pracovníci na otázky tazatelů odpovídat a odkazovali na informace o službách dostupné na internetu.

Konečně **realizátoři studie**, vzhledem k tomu, že nepocházejí z Libereckého kraje, **nemuseli pochopit všechny souvislosti a kontext, v němž poskytování analyzovaných služeb probíhá**, případně se mohli dopustit chyb při přepisu záznamů rozhovorů a v důsledku tak např. uvést nesprávný název zařízení či některé obce a/nebo interpretovat získaná primární data o službách v kraji jinak, než to činí jejich realizátoři, kteří znají všechny okolnosti jejich poskytování. Za taková případná nedorozumění či chyby se autor zprávy omlouvá.

Případná neúplnost dat získaných realizátorem analýzy, možná neúplnost vzorku respondentů, stejně jako pokračující – spíše negativní - vývoj v realizaci opatření protidrogové politiky a především ve financování poskytovaných služeb pro uživatele návykových látek představují významné omezení při **zobecnování získaných a ve zprávě prezentovaných poznatků**.

### **2.3.3 Postřehy z realizovaného terénního šetření**

Jak již bylo uvedeno, terénní šetření probíhalo formou telefonického kontaktování pracovníků analyzovaných služeb následné péče i souvisejících sociálních, psychologických a zdravotnických služeb poskytujících své služby klientům na území Libereckého kraje. V této části jsou uvedeny některé postřehy z realizovaného dotazování.

#### **Vstřícnost a ochota**

Tazatelé v roli uživatelů návykových látek oslovujících pracovníky pomáhajících služeb se setkali s různou mírou vstřícnosti a ochoty při telefonickém jednání. V tomto ohledu nelze zobecnovat, protože hodnocení vstřícnosti a ochoty je založeno na subjektivním úsudku tazatelů a na chování dotazovaných v okamžiku telefonátu mohla mít vliv celá řada různorodých faktorů (např. plná čekárna, počet klientů/pacientů, únava). Přesto lze nabídnout určité subjektivní zkušenosti tazatelů z jednání s oslovenými pracovníky služeb.

S největší mírou vstřícnosti a ochoty se tazatelé setkali od pracovníků služeb primárně určených pro uživatele návykových látek a na pomyslném druhém místě od pracovníků dalších sociálních služeb. Méně vstřícně a ochotně se v telefonických rozhovorech chovali někteří pracovníci oslovených psychologických a zdravotnických služeb. Jedním

z možných vysvětlení může být generalizující stereotypní odsuzující postoj pracovníků těchto typů služeb vůči uživatelům návykových látek, patrně založený na jejich omezené znalosti této populace. Většina pracovníků psychologických a zdravotnických služeb měla tendenci zájemce o službu následné péče odkazovat na nestátní nezdravotnické služby.

Pro ilustraci, zájemce o službu následné péče byl v jedné psychiatrické ambulanci odmítnut s tím, že do ambulance chodí i malé děti a proto by nebylo vhodné, aby se v čekárně objevil uživatel návykových látek po absolvované léčbě. Z tohoto příkladu lze usuzovat, že daný zdravotnický pracovník nemá odpovídající znalosti, aby rozlišoval mezi aktivním, tj. aktuálně drogy užívajícím klientem, a abstinujícím absolventem léčby závislosti.

### **Informovanost a přehled**

I co se týká informovanosti o tématu následné péče pro uživatele návykových látek a přehledu o možnostech, jak potřeby absolventů léčby závislosti v této oblasti v Libereckém kraji saturovat, předčili pracovníci služeb pro uživatele návykových látek respektive dalších sociálních služeb pracovníky služeb zdravotnických respektive psychologických. Jedním z možných vysvětlení tohoto stavu je skutečnost, že standardy služeb pro uživatele NL RVKPP respektive sociálních služeb MPSV po poskytovatelích služeb požadují, aby průběžně aktualizovali přehled o dalších pomáhajících službách, jež mohou jejich klienti ve svůj prospěch využívat a navazovali s nimi spolupráci. Na pracovníky zdravotnických případně psychologických služeb podobné požadavky patrně kladeny nejsou, což se může promítat do jejich omezených znalostí relevantních služeb pro uživatele návykových látek.

## **2.4 Technické, organizační a personální zajištění analýzy**

Analýza byla realizována na základě zadání Libereckého kraje formulovaného ve smlouvě o dílo, jež bylo podrobněji specifikováno při setkání zástupce realizátora s pracovníky Krajského úřadu Libereckého kraje dne 9. ledna 2012 v Liberci. Realizoval ji tým občanského sdružení PROADIS, které sdružuje poskytovatele adiktologických služeb ze sedmi krajů ČR. Přičemž, s ohledem na snahu minimalizovat možné riziko střetu zájmů, se na zpracování analýzy v roli realizátorů nepodíleli pracovníci Advaita, o. s., kteří v Libereckém kraji poskytují mj. i služby následné péče

pro uživatele návykových látek. Pracovníci tohoto sdružení byli při místním šetření osloveni jako respondenti stejně, jako další poskytovatelé sociálních a/nebo zdravotnických služeb působících na území kraje.

Tým zpracovatelů analýzy pracoval pod vedením PhDr. Josefa Radimeckého, Ph.D., MSc., ředitele o. s. PROADIS. Ten současně pracuje jako odborný ředitel WHITE LIGHT I, o. s. a vedoucí stejnojmenné terapeutické komunity a jako odborný asistent na Klinice adiktologie 1. lékařské fakulty UK v Praze.

Sběr dat pro potřeby analýzy realizovali vedoucí zpracování analýzy ve spolupráci s Martinem Zahálkou (PROADIS o. s. - WHITE LIGHT I se sídlem v Ústí nad Labem). Jde o zkušené pracovníky, dlouhodobě pracující ve službách pro uživatele návykových látek, kteří mají zkušenosti jak s léčbou závislých klientů, tak s procesem jejich referování do služeb následné péče v celé ČR včetně těch v Libereckém kraji. Navíc mají zkušenosti i s realizací podobných analýz.

Realizace analýzy byla finančně a materiálně zabezpečena z prostředků poskytnutých Libereckým krajem na základě zmíněné smlouvy o dílo.

Obsah rozhovorů s respondenty byl zaznamenán do připravených záznamových archů. Jejich následnou analýzu i analýzu dalších dat prováděli realizátoři studie.

## **2.5 Přehled dostupných podkladů a zdrojů pro zpracování analýzy**

Pro zpracování analýzy byly použity následující publikované podklady a zdroje, jež realizátor analýzy identifikoval prostřednictvím realizované rešerše dostupných publikovaných zdrojů:

- Výroční zprávy o realizaci protidrogové politiky v LK (od r. 2006)
- Akční plán protidrogové politiky LK na období 2010-2012
- Vyhodnocení Akčního plánu protidrogové politiky LK na období 2008-2009
- Drogová epidemiologie (od 2006)
- Zdravotní politika LK (od r. 2006)
- Datové centrum sociálních služeb Libereckého kraje
- Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018 a Akční plán její realizace na období 2010-2012
- Evaluace Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009
- Hodnocení implementace Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2007-2009

- Seznam držitelů certifikátu platný k 8. 3. 2012 (RVKPP, 2012)
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v LK 2009 - 2013
- Analýza plánu rozvoje sociálních služeb (Sýkorová, J. a Tomášková, M., 2011)
- Komunitní plány 10 obcí s rozšířenou působností a jimi spravovaných regionů z LK
- Výroční zprávy o stavu ve věcech drog Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti ČR od r. 2006
- Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (RVKPP, 2005)
- Návrh inovovaných standardů odborné způsobilosti adiktologických služeb (Libra a kol., 2012)
- Návrh koncepce sítě adiktologických služeb, verze 2 (Mravčík a kol., 2012)
- Relevantní zákony (zák. č. 108/2006 Sb., zák. č. 379/2005 Sb.)
- Mapu pomoci Národního monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR
- Zprávy o činnosti poskytovatelů služeb pro uživatele návykových látek (Advaita, o. s., P-centrum, o. s., WHITE LIGHT I, o. s.)
- další relevantní dokumenty identifikované v rámci realizované rešerše literatury a/nebo terénních šetření (např. související výzkumné práce a/nebo práce studentů různých typů vysokých škol, které se tématem následné péče a souvisejícími tématy v ČR zabývají, novinové články apod. – viz seznam použité literatury)

## 2.6 Zhodnocení použitých podkladů a zdrojů a jejich využitelnosti

V této kapitole jsou diskutovány dva druhy strategických či koncepčních dokumentů, které se svým zaměřením mj. týkají i tématu následné péče pro uživatele návykových látek v Libereckém kraji. V první části jsou diskutovány výstupy z textové analýzy různých typů strategických dokumentů vypracovaných a/nebo schválených na úrovni LK, které se svým zaměřením věnují specificky a/nebo částečně otázkám formulace a plánování opatření protidrogové politiky na území kraje. V druhé části jsou diskutována zjištění z textové analýzy 10 komunitních plánů obcí s rozšířenou působností respektive jimi spravovaných regionů ve vztahu k otázce, zda a případně jak tyto plány pojednávají otázku následné péče pro uživatele návykových látek v regionech kraje.

### 2.6.1 Strategické a koncepční dokumenty na úrovni kraje

Přehled dostupných písemných podkladů a zdrojů pro zpracování analýzy uvedeného v bodě 2.5 naznačuje, že téma realizace opatření protidrogové politiky na úrovni

Libereckého kraje má oporu v řadě strategických a/nebo koncepčních dokumentů. Nejde pouze o aktuálně platný Akční plán protidrogové politiky na období 2010 – 2012, ale i o Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v LK 2009 – 2013 či Zdravotní politiku Libereckého kraje a další dokumenty mapující situaci v otázkách užívání návykových látek, jeho dopadů a realizovaných opatření včetně těch na celostátní úrovni (viz bod 2.5). Tyto dokumenty byly podrobeny textové analýze se zaměřením na to, jaké informace obsahují ve vztahu k tématu následné péče pro uživatele návykových látek. Výstupy z textové analýzy jsou uvedeny na následujících řádcích.

V dokumentu s názvem *Evaluace Národní strategie protidrogové politiky 2005 – 2009*, se ve vztahu ke službám následné péče v kontextu celé ČR mj. uvádí: *“Oproti roku 2004 se podařilo zlepšit dostupnost a kapacitu následné péče pro uživatele nelegálních drog, která je momentálně vnímána jako standard. Problémem však zůstává dostupnost a kapacita následné péče pro uživatele legálních drog”* (Kiššová, L. a kol., 2011, s. 70). S jistou mírou zjednodušení lze konstatovat, že situace v Libereckém kraji je podobná té, kterou popisuje výše uvedený citát.

#### **Akční plán protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2010 – 2012**

Protidrogová politika Libereckého kraje na období 2010 – 2012 je založena na realizaci 4 hlavních cílů vytýčených v jednotlivých intervenčních oblastech. Jednou z nich je oblast léčby a resocializace, v níž byl stanoven tento hlavní cíl:

*“Rozvíjet dostupnost, kvalitu a provázanost sítě léčby a následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek a patologické hráče”*. Gestorem takto stanoveného cíle je člen rady kraje pro resort sociálních věcí.

Hlavní cíl je konkrétněji definován ve specifickém cíli 15. *“Zkvalitňovat a rozvíjet stávající služby. Rozšiřovat existující síť léčby a následné péče o chybějící služby v jednotlivých obcích kraje”*.

Aktivity, které mají směřovat k naplnění takto formulovaného specifického cíle byly definovány takto:

- *mapování potřeb klientů,*
- *práce se statistickými daty,*
- *vyhodnocení stavu.*

Výstupy výše uvedených aktivit, které mají probíhat v gesci Libereckého kraje každoročně, průběžně, mají mít tuto podobu:

- *stabilní počet služeb (programů) sociální prevence a zdravotnických organizací,*
- *počet resocializačních programů (registrace a certifikace),*
- *výstupy komunitních plánů obcí – požadavky na rozšíření či zřízení této služby – seznam těchto služeb.*

Jak bude ilustrováno v následující kapitole 2.6.2, z výstupů komunitních plánů obcí s rozšířenou působností respektive jimi spravovaných regionů, konkrétní požadavky na rozšíření či zřízení služby následné péče pro uživatele návykových látek se v nich neobjevily.

### **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje na období 2009 – 2013**

Jednou z priorit týkajících se následné péče pro uživatele návykových látek stanovených ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje pro oblast služeb určených osobám ohroženým a závislým na návykových látkách je:

*“Zahájit jednání mezi poskytovateli služeb a představiteli orgánů veřejné správy s cílem připravit návrh opatření pro rozšíření sítě služeb o pobytovou a ambulantní formu následné péče”.*

Jakou podobu mají výše uvedená jednání mít, o které poskytovatele služeb a představitelé orgánů veřejné správy má jít, případně v jakých termínech mají jednání probíhat, není v plánu blíže specifikováno.

Nedílnou součástí Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb jsou **Rozvojové aktivity pro období 2009 – 2013**, v nichž jsou blíže specifikovány jednotlivé aktivity k tzv. dílčím cílům střednědobého plánu, viz níže.

K dílčímu cíli DC01 – **Zvyšování podpory sociální integrace osob se zdravotním postižením** byla definována tato aktivita:

*“A01-04 Vytvoření nových odpovídajících ubytovacích kapacit v 6 lokalitách Libereckého kraje (chráněné bydlení individuální i skupinové, podporované samostatné bydlení, kapacita bude určena na základě provedených analýz)”.*

Z takto stanovené aktivity lze odvodit, že má být provedena analýza potřebnosti dalších ubytovacích kapacit, na jejímž základě se bude rozhodovat o případném vytvoření nových ubytovacích míst.

K dílčímu cíli DC04 – **Snížení počtu závislých osob a minimalizace rizik a škod s tím souvisejících** byla přiřazena tato aktivita:

*“A04-01 Zlepšení dostupnosti a kvality sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek na Českolipsku a Liberecku”.*

Z této aktivity, jež má spíše charakter cíle, lze odvodit, že má být zlepšena dostupnost a kvalita sítě služeb následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek na Českolipsku a Liberecku. Oproti jakému stavu má být dostupnost a kvalita služeb zlepšena a proč právě na Českolipsku a Liberecku, kde jsou dané služby nejdostupnější a pravděpodobně kvalitní (viz kap. 3.2) se v cíli ani v aktivitě neuvádí.

K cíli A04-01 se váže i - ve vztahu k následné péči pro uživatele návykových látek specificky nedefinovaný - cíl *“A04-05 Zkvalitnění koordinace a meziresortní spolupráce s resortem školství, zdravotnictví a represivními složkami (společná setkávání na odborné úrovni, ...)”*.

V kontextu této analýzy následné péče se nabízí, že by mohlo jít zejména o úzkou spolupráci mezi resorty sociálních věcí a zdravotnictví Libereckého kraje. Cílem této spolupráce by mělo být, prostřednictvím společně realizovaných opatření přispívat ke:

- zvyšování dostupnosti nabídky služeb následné péče pro uživatele návykových látek pokud možno i v dalších městech, než jsou Liberec, Česká Lípa či Semily,
- ke zlepšování provázanosti – tj. komunikace a spolupráce - mezi poskytovateli sociálních a zdravotnických služeb pro uživatele návykových látek v kraji, včetně služeb následné péče.

Cestou, jež může pomoci přispět k dosažení tohoto cíle, mohou skutečně být společná setkávání pracovníků odborů zdravotnictví a sociálních věcí LK s poskytovateli sociálních a zdravotnických služeb, společná diskuse a vyjednávání, motivace a finanční podpora některých typů sociálních a/nebo zdravotnických služeb, aby své stávající služby rozšířili i o nabídku některých segmentů služby následné péče. Ty jsou totiž v souladu s jejich posláním i možnou cílovou skupinou uživatelů návykových látek a/nebo patologických hráčů. Přesto některé z existujících služeb/zařízení v Libereckém kraji tyto segmenty služby následné péče dosud z různých důvodů neposkytují nebo uživatele návykových látek posílají jinam (podrobněji viz kap. 3.2).

### **Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky Libereckého kraje za rok 2010**

Výše uváděné cíle zvyšovat dostupnost a kvalitu služeb následné péče pro uživatele návykových látek v různých typech strategických dokumentů kontrastují se závěry

ve výroční zprávě za rok 2010. Ta v bodě “4.2.4 *Identifikované nedostatky v celkové realizaci protidrogové politiky kraje*” (str. 43) následnou péči pro uživatele návykových látek explicitně vůbec nezmiňuje. Uvádí pouze “*nedostatek erudovaných psychiatrů na území kraje, kteří by pracovali s drogově závislými*”, kteří by ale – jak bude v další části zprávy argumentováno - mj. mohli poskytovat i ambulantní formu následné péče.

### **Shrnutí**

Ve strategických a/nebo koncepčních materiálech protidrogové politiky respektive rozvoje sociálních služeb v Libereckém kraji se objevují cíle rozvíjet či zlepšovat dostupnost a kvalitu služeb následné péče pro uživatele návykových látek. Tyto cíle však nemají oporu v realizovaných průzkumech poptávky po tomto typu služeb. Zdá se, že tyto cíle byly do zmíněných dokumentů prosazeny pracovníky služeb pro uživatele návykových látek, kteří se ve své praxi mohou setkávat s jednotlivými zájemci o tento typ služby, jejichž poptávku se jim nemusí dařit uspokojit vždy zcela podle jejich představ. Zájemce o službu např. může odrážet představa dojíždění za službou nebo, v případě absolventů léčby závislosti v PL, často nemusejí mít konkrétní představu o tom, co by měli nebo mohli od služby následné péče/doléčování očekávat, tj. jaká by měla být jejich zakázka.

Zdá se tedy pravděpodobné, že především pro výše uvedené důvody zadal Liberecký kraj i zpracování této analýzy, aby měl výzkumem podložené poznatky pro rozhodování o případném rozšiřování služeb následné péče v kraji.

#### **2.6.2 Následná péče pro UNL v komunitních plánech měst a regionů**

V této části zprávy je diskutováno, zda a případně jak se komunitní plány měst a regionů Libereckého kraje zaměřují na stanovení cílů a konkrétních opatření ve vztahu k zajištění a/nebo zvýšení dostupnosti služeb následné péče pro uživatele návykových látek. Komunitní plány vznikaly v širších autorských kolektivech a rok jejich vzniku, stejně jako období, na která byly schváleny, se mezi městy a regiony kraje liší. Zpracovatelé analýzy použili komunitní plány, které jsou aktuálně dostupné na webových stránkách příslušných orgánů místní samosprávy. Je tedy možné, že v některých případech nepoužili nejnovější respektive nejaktuálnější komunitní plány – jiné se jim ale ve zmíněných zdrojích nepodařilo najít.

Autoři analýzy se při rozboru komunitních plánů měst a obcí Libereckého kraje zaměřili na zodpovězení těchto výzkumných otázek:



1. zabývá se komunitní plán otázkou následné péče pro uživatele návykových látek?

Pokud se téma následné péče pro uživatele návykových látek v komunitním plánu objevuje, zaměřil se rozbor zpracovatelů analýzy na zodpovězení dalších tří otázek. Nezabývá-li se komunitní plán následnou péčí pro uživatele NL, na níže stanovené tři otázky odpovědět nelze:

2. pokud ano, jaký cíl/-e komunitní plán ve vztahu k následné péči pro uživatele návykových látek stanovuje?
3. je-li/jsou-li ve vztahu k následné péči pro uživatele návykových látek stanoven/-y cíl/-e, jaké konkrétní kroky ve vztahu k němu/nim komunitní plán definuje?
4. podařilo se/daří se – na základě zjištění z analýzy – stanovený cíl/stanovené cíle v daném městě/regionu dosáhnout?

Pro větší přehlednost jsou odpovědi nejprve v souhrnné tabulce, následně jsou diskutovány jednotlivé komunitní plány podle regionů kraje v abecedním pořadí.

Tab 2 – následná péče pro uživatele NL v komunitních plánech měst a regionů Libereckého kraje

Komunitní plán města/regionu	1. Je NP pro UNL v KP (+/-)?	2. Cíl/-e?	3. Kroky k dosažení cíle?	4. Podařilo se cíle dosáhnout?
Česká Lípa	+	Nestanoven	Oslovit NNO, zda by NP v ČL nezhřídily	Nelze hodnotit – cíl nestanoven. NP je v ČL dostupná
Frydlantsko	+	Nestanoven	Nestanoveny	Nelze hodnotit. NP dostupná v Liberci (dle KP)
Jablonec n. N.	+	Explicitně nestanoven	Zachovat NP o. s. Advaita v Liberci	Nelze hodnotit.
Jilemnicko	-	-	-	-
Liberecko	+	Účinně, podle potřeb, za rozumnou cenu poskytovat služby ...NP... a dále je rozvíjet	-podpora sítě stávajících služeb, -jejich rozvoj a zkvalitňování -zajištění chrán. bydlení	Pro vážnost cílů a opatření nelze hodnotit. Služba NP s chráněným bydlením je v Liberci dostupná
Novoborsko	-	-	-	-
Semilsko	-	-	-	-
Tanvaldsko	-	-	-	-
Turnovsko	+	-	-	-
Železnobrodsko	-	-	-	-
	<b>5+/5-</b>			

Podrobnější rozbor komunitních plánů měst a regionů Libereckého kraje na základě stanovených výzkumných otázek následuje v dalším textu.

**Komunitní plán sociálních služeb města Česká Lípa** (Musilová, P. a Stehlíková, E., 2006)

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Doléčovací zařízení a následná péče pro závislé osoby jsou v plánu uvedeny jako priorita č. 3 v oblasti občané v sociální nouzi.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Cíl explicitně stanoven není, pouze tzv. PROJEKT – odpovídající stanovení kroků, jež mají být učiněny (viz ot. č. 3)
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	- oslovit existující zařízení v kraji za účelem vytvoření „detašovaného“ pracoviště v regionu, - zaměřit pozornost na terciární prevenci, poradenství, odbornou pomoc, - pomoc při začlenění do běžného života, podpora při uplatnění na trhu práce REALIZÁTOŘI: Město Česká Lípa, Liberecký kraj, NNO ROZPOČET: nebyl stanoven HARMONOGRAM: nebyl stanoven
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Cíl v této prioritě stanoven nebyl, nelze proto hodnotit, zda byl či nebyl naplněn. Z analýzy nicméně vyplývá, že dostupnost následné péče/doléčování pro uživatele návykových látek po léčbě je v České Lípě zajištěna, nikoli však služba poskytovaná NNO.

V pracovní skupině občané v sociální nouzi, tj. osoby sociálně vyloučené a/nebo sociálním vyloučením ohrožené, mezi něž v KP patřili i uživatelé návykových látek, byla ve SWOT analýza jako jedna ze slabých stránek identifikována i tato: „*chybí doléčovací zařízení, následná péče*“. Jednalo se o jednu, ze šesti uváděných chybějících služeb pro občany v sociální nouzi, přesto se Doléčovací zařízení a následná péče pro závislé osoby v plánu objevilo jako priorita č. 3 (podrobněji viz výše).

Priorita je stanovena velmi vágně. Nebyl stanoven konkrétní cíl v daném časovém horizontu, navržen pouze jeden krok vztahující se k názvu priority: „*oslovit existující zařízení v kraji za účelem vytvoření „detašovaného“ pracoviště v regionu*“, zbylé dva kroky jsou spíše obecnými deklaracemi. V projektu nebyl stanoven rozpočet ani časový harmonogram, jsou pouze uvedeni – opět velmi obecně – realizátoři, jimiž jsou Město Česká Lípa, Liberecký kraj a NNO bez bližší specifikace. Naplnění či nenaplnění této priority nelze hodnotit, protože u ní nebyl stanoven cíl.

**Komunitní plán obcí Frýdlantska – Akční plán pro rok 2011** (Benešová, I., Lauerman, J. a Porubská, L., 2011)

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	NP je v KP zmíněna a uvedena jako dostupná pro zájemce z regionu Frýdlantska v Liberci, není uvedena mezi službami potřebnými.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Cíl ve vztahu k NP pro UNL stanoven není.
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Nejsou stanoveny.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Konkrétní cíl stanoven nebyl. Následná péče je podle KP dostupná v Liberci.

V komunitním plánu spadají uživatelé služeb následné péče do cílové skupiny „Z – osoby ohrožené sociální vyloučením a drogově závislé“. V tab 5 – Přehled druhů služeb (dle zákona o sociálních službách) existujících a chybějících pro spádové území ORP Frýdlant jsou služby následné péče (§ 64) uvedeny jako existující, přičemž poskytovatel služby nemá sídlo přímo na Frýdlantsku. V další části plánu jeho zpracovatelé odkazují na poskytovatele služby Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s. se sídlem v Liberci (dále CAS – DP). Služba následné péče nebyla v komunitním plánu zařazena na seznam potřebných služeb.

Služba následné péče je pouze vágně zmíněna ve strategickém cíli 07 Optimalizace sítě služeb pro cílovou skupinu osoby ohrožené sociální vyloučením a drogově závislé. Zde se mj. uvádí: „Cíle bude dosaženo prostřednictvím kvalitní sítě dostupných a odpovídajících služeb následné péče, terénních programů, azylového zařízení, ubytování“.

## 2. komunitní plán sociálních a souvisejících služeb Jablonecka na období 2012 – 2015 (Kolektiv autorů, 2012)

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Uvedena služba NP provozovaná o. s. Advaita v Liberci.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Cíl-e nejsou v KP explicitně stanoveny (viz též ot. č. 3).
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	V případě NP o. s. Advaita v Liberci přispět prostřednictvím spolufinancování z rozpočtu města k zachování služby. V případě služby podpory samostatného bydlení je vítána existence a možnost využívat služby o. s. Advaita v Liberci.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Služba NP o. s. Advaita v Liberci dosud existuje, ale je otázkou, zda díky opatřením KP Jablonecka.

Osoby závislé na návykových látkách jsou v komunitním plánu zařazeny jako jedna z podskupin do cílové skupiny Osoby ohrožené sociálním vyloučením. Ve vztahu k následné péči pro uživatele návykových látek se v KP uvádí: „*Občanské sdružení s regionální působností nabízí služby ambulantní, za kterými klienti dochází, pobytové (terapeutická komunita, doléčovací program s bydlením) a terénní (podpora samostatného bydlení). Nejčastěji se jedná o osoby drogově závislé, závislé na alkoholu a patologické hráče. Dlouhodobě funguje ve městě Poradna pro manželství rodinu a mezilidské vztahy, která poskytuje každý den v týdnu poradenství pro závislé na alkoholu, jiných návykových látkách a gamblery*“. Z kontextu není jasné, zda zmíněná poradna poskytuje i služby následné péče, jež by v ambulantní formě poskytovat mohla.

V části vnímané nedostatky se ve vztahu k osobám závislým uvádí: *“Pro uživatele návykových látek je obtížné dojíždět za službami do Liberce. Bylo by proto vhodné zajistit působení některých služeb přímo na území města.... Je nutné také upozornit, že narůstá počet občanů, kteří mají problémy s alkoholismem a gamblerským. Vzhledem k tomuto nárůstu bude pravděpodobně nutné do budoucna rozšířit kapacitu služeb pro tyto občany”*. Které typy služeb by měly podle zpracovatele působit na území města respektive kapacitu kterých typů služeb bude nutné rozšířit, se však v analytické části KP neuvádí.

Ve slabých stránkách SWOT analýzy KP v oblasti Osoby ohrožené sociálním vyloučením - Osoby závislé na návykových látkách se mezi řadou chybějících služeb objevují i služby následné péče/doléčování pro uživatele návykových látek: *“Chybí detox, substituční léčba, doléčovací programy”*.

V návrhové části KP se v oblasti Osoby ohrožené sociálním vyloučením v cíli 2 Služby pro uživatele návykových látek mezi šesti definovanými opatřeními objevují i dvě ve vztahu k následné péči pro uživatele návykových látek: *“opatření 2.4. Následná péče pro závislé na návykových látkách a patologické hráče, a 2.6. Podpora samostatného bydlení”*. Cílem opatření 2.4. je prostřednictvím finanční podpory z rozpočtu města Jablonec n. N. přispět k *“zachování regionální služby následné péče”* provozované o. s. Advaita v Liberci. V opatření 2.6. zpracovatelé KP *“vítají existenci a možnost využití nabídky Centra ambulantních služeb o. s. Advaita”* se sídlem v Liberci.

Takto formulovaná opatření a cíle lze vzhledem k jejich vágnosti hodnotit obtížně.

**Komunitní plán sociálních služeb regionu Jilemnicko (FOKUS Turnov, o. s. a kol., 2010)**

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Není.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Žádný.
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Žádné.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Nerelevantní.

Uživatelé návykových látek jsou v komunitním plánu zařazeny do širší cílové skupiny Osoby ohrožené sociálním vyloučením. Ve východiscích KP, jež stavějí na poznatcích ze sociologického průzkumu, se ve vztahu k cílové skupině této analýzy mj uvádí: *„Je*

tedy patrné, že nejproblematičtějšími a nejméně zastoupenými jsou všechny služby pro rizikové skupiny, tj. osoby ohrožené sociálním vyloučením, které může být způsobeno závislostí na návykových látkách, gamblerstvím, domácím násilím, bezdomovectvím či chudobou“.

Téma následné péče pro uživatele návykových látek však v komunitním plánu nefiguruje.

### 1. komunitní plán sociálních služeb regionu Liberec na období 2008 – 2013 (Kolektiv autorů, 2008)

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Ano, služba NP provozovaná o. s. Advaita sídlí v Liberci, KP s touto službou počítá.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Účinně, v souladu s potřebou obyvatel regionu Liberec a za rozumnou cenu poskytovat následující sociální služby: ..., služby následné péče (ambulantní i pobytové), tyto služby odpovídajícím způsobem rozvíjet a rozšiřovat
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	1.1. podpora stávající sítě služeb v oblasti léčby a resocializace (ADVAITA, o. s., ....) 1.2. rozvoj služeb a jejich zkvalitňování (ADVAITA, o. s., ...) 1.3. zajištění chráněného bydlení
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Vzhledem k vágnosti stanoveného cíle nelze hodnotit. Služba NP sídlí v Liberci a pokrývá region.

V komunitním plánu se téma následné péče pro uživatele návykových látek objevuje jako jedna ze tří priorit pracovní skupiny pro uživatele drog a osoby ohrožené závislostmi takto: *“Podpora a rozvoj sítě služeb v oblasti léčby a resocializace osob se zdraví škodlivými návyky”*.

Mezi slabými stránkami ve SWOT analýze provedené zmíněnou pracovní skupinou se mj. objevuje tato: *“chybí pobytová část následné péče (6 – 8 lůžek)”*.

V plánu opatření se následná péče objevuje v širším kontextu dalších typů služeb. Konkrétně jde o opatření č. OZ 3 Podpora a rozvoj stávající sítě v oblasti léčby, resocializace lidí se škodlivými návyky. Charakteristika opatření má charakter vágně definovaných cílů pro tři skupiny služeb: sociální, zdravotní péči a související ostatní péči. Služby následné péče pro uživatele návykových látek jsou zařazeny ve skupině sociálních služeb a cíl je stanoven takto: *“účinně, v souladu s potřebou obyvatel regionu Liberec a za rozumnou cenu poskytovat následující sociální služby: odborné sociální poradenství, terapeutickou komunitu, služby následné péče (ambulantní i pobytové), tyto služby odpovídajícím způsobem rozvíjet a rozšiřovat”*.

Podobně vágně jsou definovány i konkrétní kroky potřebné k dosažení stanoveného cíle, v případě KP nazvané jako aktivity. Ze čtyř aktivit jsou zde uvedeny pouze ty, které se týkají služby následné péče pro uživatele návykových látek:

*“1.1. podpora stávající sítě služeb v oblasti léčby a resocializace (ADVAITA, o. s., ....)*

*1.2. rozvoj služeb a jejich zkvalitňování (ADVAITA, o. s., ...)*

*1.3. zajištění chráněného bydlení”*

*Předpokládané náklady na realizaci daného opatření jsou uvedeny v kumulované podobě, tj. v souhrnné výši 8.888.291,- Kč/rok, z čehož nelze usoudit, jaká část má být věnována na služby následné péče. Podobně obecné jsou i uvedené předpokládané zdroje (MPSV ČR, Statutární město Liberec, Krajská nemocnice Liberec, a. s., Liberecký kraj, GS fondů EU), stejně jako subjekty odpovědné za realizaci daného opatření (Statutární město Liberec, NNO, Krajská nemocnice Liberec, a. s. – Detox). Není stanoven ani konkrétní harmonogram aktivit, pouze období realizace 2008 – 2013.*

Takto stanovený komunitní plán a realizace jednotlivých opatření nelze hodnotit co do naplnění či nenaplnění stanovených cílů.

**1. komunitní plán sociálních služeb pro oblast členských obcí Svazku obcí Novoborska na období 2007 – 2013 (Kolektiv autorů, 2007)**

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Není.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Žádný.
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Žádné.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Nerelevantní.

Téma následné péče pro uživatele návykových látek se v komunitním plánu neobjevilo.

**Komunitní plán sociálních služeb regionu Semilsko 2011 (Kolektiv autorů, 2011)**

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Není zmíněna explicitně, pouze v obecné rovině.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Podporovat terénní, ambulantní a pobytové služby pro osoby závislé na drogách a alkoholu (mj. i služeb NP provozovaných o. s. Advaita v Liberci).
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Z rozpočtu Města se podílet na spolufinancování služeb pro uživatele návykových látek.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Nelze hodnotit.

Drogově závislí, alkoholici a gambleři jsou v komunitním plánu zařazeni do širší cílové skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením. Následná péče není v komunitním plánu explicitně zmíněna, objevuje se pouze obecně v cíli 6 Podpora terénních, ambulantních a pobytových služeb pro osoby závislé na drogách a alkoholu.

V komentáři k uvedenému cíli se mj. uvádí: *“Pobytové služby (azylové bydlení) jsou pro region Semilsko dostupné v Jablonci nad Nisou a Liberci. Ambulantní služby pro drogově závislé jsou zajištěny o. s. Advaita Liberec”*.

Opatření 6.1 Podpora terénních, ambulantních a pobytových služeb ve vztahu ke zmíněnému cíli je definováno vágně. Z komentáře k němu vyplývá, že *“Město Semily vyčlenilo finanční částku na podporu těchto služeb”* a plánuje v tom pravděpodobně pokračovat.

Naplnění takto definovaného cíle je obtížné hodnotit.

#### **Komunitní plán sociálních služeb mikroregionu Tanvaldsko (FOKUS Turnov, o. s. a kol., 2010)**

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Není.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Žádný.
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Žádné.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Nerelevantní.

Uživatelé návykových látek jsou v komunitním plánu zařazeni do cílové skupiny Osoby sociálně vyloučené a tímto ohrožené.

Téma následné péče pro uživatele návykových látek se v komunitním plánu neobjevuje.

#### **Komunitní plán sociálních služeb regionu Turnovsko (Cermanová, T. a kol., 2010)**

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Ano, uvedena ve SWOT analýze jako jedna z řady chybějících služeb v regionu.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Žádný.
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Žádné.
<b>4. Podařilo se cíle dosáhnout?</b>	Nerelevantní.

Osoby ohrožené drogou jsou v komunitním plánu zařazeny do cílové skupiny Osoby ohrožené sociálním vyloučením.

Komunitní plán stavěl na poznatcích z Průzkumu potřeb veřejnosti a kvality sociálních služeb provedeného na přelomu roku 2009 a 2010 v regionu Turnovsko. Z průzkumu mj. vyplynulo, že „nejhůře hodnocené služby dle zastoupení jsou azylový dům a služby pro osoby ohrožené závislostí“. Ve slabých stránkách SWOT analýzy pro oblast Osoby ohrožené sociálním vyloučením se mezi řadou v regionu chybějících služeb objevuje i služba následné péče: „nízká dostupnost služeb v regionu (azylové domy, domy na půl cesty, nízkoprahová centra, **následná péče**, střediska výchovné péče, dětská psychiatrie, sanace rodiny – vše až v LBC, JBC – pro cílovou skupinu osob často nedostupné)“. V Analytických závěrech a doporučeních pro návrhovou část komunitního plánu ani v prioritách dané pracovní skupiny se však již služba následné péče neobjevuje.

#### **Komunitní plán sociálních služeb Železnobrodsko a služby s ním související 2011 – 2015 (FOKUS Turnov, o. s. a kol., 2010)**

<b>1. Je NP pro UNL v KP?</b>	Není.
<b>2. Jaký je u NP stanoven cíl?</b>	Žádný.
<b>3. Jaké jsou u NP stanoveny kroky?</b>	Žádné.
<b>4. Podářilo se cíle dosáhnout?</b>	Nerelevantní.

Ve slabých stránkách SWOT analýzy zpracované jako podklad pro tvorbu komunitního plánu se mj. objevuje obecná informace o nárůstu problémů s užíváním návykových látek v regionu: „rozmáhání sociálně patologických jevů (drogy, alkoholismus, rušení nočního klidu, šikana)“.

Zmínka o službě následné péče pro uživatele návykových látek se nicméně v komunitním plánu neobjevuje.

#### **Shrnutí**

Služba následné péče pro uživatele návykových látek se v různých kontextech explicitně objevuje v 5 z 10 komunitních plánů obcí s rozšířenou působností respektive daných regionů v Libereckém kraji. Nejčastěji je v obecné rovině konstatováno, že služba není – vedle řady dalších typů sociálních služeb přímo v regionu dostupná. Přesto se ve většině ze zmíněných 5 komunitních plánů následná péče pro uživatele návykových



látek neobjevuje mezi prioritami a nejsou stanoveny konkrétní cíle na další období. Výjimkou je komunitní plán Liberecka, který nicméně stanovuje poměrně vágní a obtížně měřitelný cíl: „účinně, podle potřeb a za rozumnou cenu poskytovat různé sociální služby včetně služby NP a dále je rozvíjet“.

Konkrétní aktivity ve vztahu k zajištění služeb NP pro uživatele NL jsou stanoveny pouze ve 3 komunitních plánech. V KP Českolipska je navrženo „oslovit NNO, zda by službu následné péče pro uživatele NL nezřídily“. Komunitní plán Jablonecka plánuje „zachovat službu následné péče pro uživatele NL Advaita, o. s. v Liberci“. V komunitním plánu Liberecka jsou definovány tři aktivity: „podpora sítě stávající služeb, podpora jejich rozvoje a zkvalitňování a zajištění chráněného bydlení“.

Jak bylo argumentováno výše, takto obecně a/nebo vágně stanovené cíle, definované aktivity k jejich naplnění bez uvedení jejich harmonogramu a rozpočtu nebo s jejich uvedením v obecné rovině či kumulované podobě (rozpočet pro všechny sociální služby daného typu) znemožňují hodnocení, zda a případně do jaké míry se daří či nedaří cíle v komunitních plánech dosahovat.

Nicméně z analyzovaných komunitních plánů jednoznačně nevyplývá konkrétní potřeba služby následné péče pro uživatele návykových látek v městech Libereckého kraje rozšiřovat a/nebo nově vytvářet. Tedy s výjimkou zmíněné aktivity v komunitním plánu Českolipska, „zeptat se NNO, zda by službu NP ve městě nezřídila“.

### 3 Zjištění a popis současné situace

V této kapitole je nejprve uveden popis cílových skupin uživatelů návykových látek a služeb následné péče pro ně, který vychází jak z dlouholetých klinických zkušeností vedoucího analýzy, tak i z různých druhů odborných publikací. Dále jsou prezentována zjištění z analýzy aktuální dostupnosti služeb následné péče pro uživatele návykových látek na území Libereckého kraje a diskutovány překážky jejich provázanosti na systémové a individuální – tj. na úrovni služeb a jejich pracovníků respektive uživatelů - úrovni.

#### 3.1 Popis cílových skupin uživatelů a služeb následné péče

V této části jsou nejprve – s využitím dostupných dat z různých publikovaných zdrojů (konceptní dokumenty odborných společností, monitorovací zprávy, absolventské práce studentů VŠ) popsáni uživatelé služeb následné péče v České republice a uvedeny jejich nejčastější potřeby. Následně jsou popsány služby následné péče a uveden přehled možných variant způsobu jejich poskytování a rozmístění v České republice.

##### 3.1.1 Cílové skupiny uživatelů služeb následné péče

###### **Konceptní dokumenty oboru adiktologie**

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (RVKPP, 2005) - dále Standardy služeb pro uživatele drog – definují ve standardu 8.3 Speciálních standardů cílovou skupinu služeb následné péče takto:

*„Cílová populace: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením (z toho lze odvodit, že standardy doporučují podporované nebo samostatné bydlení pro cílovou skupinu klientů jako součást služby následné péče v případě, že tito nemají bydlení z různých důvodů zajištěné<sup>2</sup>). Doporučení z jiných zařízení je vhodné, ale nikoliv nezbytné. Služby následné péče by se však podle standardů neměly uzavírat abstinujícím klientům, kteří neprodělali léčbu či jiný intenzivní odborný program vedoucí*

---

<sup>2</sup> Poznámka autora zprávy.

*k abstinenci. Uvedené tři měsíce abstinence však představují minimum a je třeba vzít v úvahu ještě další faktory.“*

Přestože jsou standardy definovány pro uživatele ilegálních návykových látek, v textu se píše obecně o uživatelích návykových látek. Z toho lze odvodit, že uvedenou charakteristiku cílové populace služeb následné péče lze analogicky uplatnit i na abstinující osoby s anamnézou závislosti na užívání alkoholu.

Podobně, jako definují cílovou skupinu služeb následné péče Standardy služeb pro uživatele drog z roku 2005, definuje klienty tohoto typu služeb i návrh tzv. inovovaných standardů<sup>3</sup> (Libra a kol., 2012) s tím rozdílem, že cílovou skupinu rozšiřuje z uživatelů ilegálních a legálních návykových látek i o osoby s diagnózou patologického hráčství:

*„Cílová skupina: abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preferovány jsou osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či rezidenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci.“*

Podobně, jako v předchozích dvou dokumentech, je cílová skupina služeb následné péče charakterizována v pracovní verzi 2.1 návrhu Koncepce sítě adiktologických služeb (Mravčík a kol., 2012), jež je výsledkem spolupráce Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP (dále SNN ČLS JEP) a České asociace adiktologů (dále ČAA). V části Vymezení a charakter služby je cílová skupina služeb následné péče uvedena velmi stručně, ale její charakteristika je více méně v souladu s tou, kterou uvádějí obě zmíněné verze standardů:

*„...cílovou skupinu tvoří abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce, přičemž preferovány jsou osoby, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu.“*

Jak je z uvedeného textu patrné, na rozdíl od tzv. inovovaných standardů se v tomto textu nevyskytují osoby s diagnózou patologického hráčství. Je však pravděpodobné, že to je zapříčiněno skutečností, že na tuto diagnostickou skupinu autoři zapomněli a bude v rámci připomínkování návrhu, které v současné době probíhá, do cílové skupiny klientů služeb následné péče doplněna.

---

<sup>3</sup> Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)

### **Zákon o sociálních službách**

Vedle uvedených koncepčních dokumentů oboru adiktologie definuje službu následné péče a cílovou populaci jejích klientů i zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten je některými pracovníky v oboru adiktologie, který je přes svůj medicínský základ<sup>4</sup> koncipován jako multidisciplinární a komplexní (Mravčík a kol., 2012), kritizován jako redukcionistický (Kalina, 2008) v tom smyslu, že v kontextu práce s cílovou populací uživatelů návykových látek a patologických hráčů uznává pouze postupy sociální práce. Typickým příkladem tohoto tzv. sociálního redukcionismu je skutečnost, že v terapeutické komunitě, která má slovo terapie ve svém názvu a je v § 68 zmíněného zákona uvedena jako sociální služba, neuznává individuální respektive skupinovou psychoterapii, jež je považována za základní nosný přístup léčby uživatelů návykových látek s diagnózou závislosti.

Cílová populace uživatelů služeb následné péče je v zákoně o sociálních službách, § 64, odst. (1) charakterizována následovně:

*“Služby následné péče jsou (ambulantní nebo pobytové služby) poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.”*

Předností této charakteristiky cílové skupiny služeb následné péče je skutečnost, že závislé osoby nerozlišuje podle toho, zda užívali alkoholové respektive nealkoholové návykové látky. Slabinou je naopak již zmíněná tendence sociálního redukcionismu, neboť podle této dikce zákona o sociálních službách nejsou služby následné péče pro absolventy léčby a resocializace v terapeutických komunitách (v ČR jsou pouze dvě komunity se statutem zdravotnického zařízení, zbylé jsou registrovány jako sociální služby). Další slabou stránkou uvedené charakteristiky je, že na rozdíl od současných trendů v oboru adiktologie (viz výše), nezahrnuje mezi cílovou skupinu potenciálních uživatelů služby patologické hráče. V těch hlavních parametrech – tj., že jde osoby se závislostí, které absolvovaly ústavní nebo též pobytovou či ambulantní léčbu závislosti nebo abstinují – se nicméně charakteristika cílové populace neliší od té, uváděné ve standardech RVKPP respektive v návrhu koncepce sítě adiktologických služeb z dílny odborných společností z resortu zdravotnictví (SNN ČLS JEP a ČAA).

---

<sup>4</sup> Adiktolog je dle zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění zdravotnickou, nelékařskou profesí, adiktologové se na svoji profesní dráhu připravují na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Podrobnější popis skupiny zájemců o služby následné péče v ČR a/nebo jejich aktuálních uživatelů, včetně přehledu jejich hlavních potřeb, jež s pomocí poskytovaných služeb uspokojují, nabízí následující dva oddíly této kapitoly.

### **Zájemci o služby následné péče a její uživatelé**

Z výroční zprávy o stavu ve věcech drog v roce 2010 (Mravčík a kol., 2011) lze odvodit čtyři základní charakteristiky potenciálních a/nebo aktuálních uživatelů služeb následné péče:

- Pohlaví
- Průměrný věk
- Hlavní užívaná droga
- Způsob administrace drogy

Přičemž ze zmíněné zprávy vyplývají mírné rozdíly mezi uživateli ambulantních služeb následné péče a těmi, kteří využívají služeb intenzivní následné péče (tj. v dlouhodobém strukturovaném programu, většinou s chráněným bydlením a zaměstnáním). Zmíněné rozdíly ve výše uvedených čtyřech charakteristikách, doplněné o informace o počtech služeb, vykazujících data o práci s klienty Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a drogové závislosti (dále NMS) a o počtech klientů, kteří služby následné péče v r. 2010 využili, nabízí následující tab:

*Tab 3 – charakteristiky uživatelů služeb ambulantní a intenzivní následné péče v r. 2010 (Zdroj: Mravčík a kol., 2011)*

<b>Charakteristika uživatelů služeb</b>	<b>Ambulantní služby NP</b>	<b>Služby intenzivní NP</b>
Pohlaví	312 M/ 182 Ž	298 M/ 195 Ž
Průměrný věk (let)	28,3 roku	28,8
Hlavní užívaná droga:	-	-
Pervitin	286 (tj. 57 %)	297 (tj. 60 %)
Opiáty (heroin/Subutex/metadon)	82 (tj. 16 %)	73 (tj. 14 %)
Jiné návykové látky/závislosti*	126 (tj. 27 %)*	123 (tj. 26 %)
Injekční aplikace drogy	335 (tj. 67 %)	385 (tj. 78 %)
Počet služeb reportujících NMS	13	13
Počet klientů v r. 2010	494	493

\* - vlastní výpočet zpracovatele analýzy

Vzhledem k nízkému počtu služeb následné péče, jež poskytují NMS data pro zpracování výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR, je obtížné usuzovat na obecný trend zejména ve vztahu k poptávce po službách ambulantní následné péče. Jak autoři zprávy (Mravčík a kol., 2011) uvádějí a jak bude demonstrováno v kap. 3.1.2, kromě v tabulce uvedených služeb mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní zařízení, jejichž počet a typy jimi poskytovaných služeb jsou obtížně

zjistitelné. Hlavním důvodem je skutečnost, že AT a/nebo psychiatrické ordinace či ordinace psychologů nebo další typy poradenských pracovišť, poskytování služeb následné péče uživatelům návykových látek do stávajících systémů sledování poskytovaných služeb neposkytují, protože je nesledují ani sledovat respektive vykazovat nemusejí. To patrně i proto, že následná péče/doléčování nemá v systému vykazování zdravotnických výkonů samostatný kód. Proto jsou lékaři nuceni - v případě že službu následné péče/doléčování pacientům poskytují – vykazovat poskytované služby pod kódy jiných výkonů (viz str. 50).

Jistou míru zobecnění lze nicméně uplatnit u uživatelů služeb intenzivní následné péče, většinou s chráněným/podporovaným bydlením, protože takových služeb je podle odhadů ve zmíněné výroční zprávě (Mravčík a kol., 2011) v ČR cca 25 – 30. Služby intenzivní následné péče s doprovodnou nabídkou bydlení vyhledávají uživatelé návykových látek po absolvování některé ze služeb léčby závislosti a/nebo po dlouhodobé abstinenci bez vyhledání odborné pomoci, jež lze charakterizovat takto:

- jde o uživatele návykových látek, kdy na 3 muže připadají 2 ženy,
- jejich průměrný věk se pohybuje kolem 29 let,
- mezi uživateli služeb převažují ti, kteří byli závislí na užívání pervitinu (60 %), následování uživateli jiných, patrně i alkoholových drog a/nebo patologičtí hráči (26 %) a uživateli opiátových drog (14 %),
- převážná část uživatelů pervitinu a opiátů a patrně i menší část uživatelů jiných drog, užívala v minulosti návykové látky injekčně (78 % ze všech uživatelů služeb NP), z čehož lze odvodit, že mohou trpět horšími zdravotními komplikacemi, než neinjekční uživatelé návykových látek,
- vzhledem k tomu, že vyhledali služby intenzivní následné péče s doprovodným bydlením, lze usuzovat i na jejich další charakteristiky převážně sociálního charakteru:
  - o nemají vlastní bydlení a ani takové podmínky a vztahy v rodině, aby např. dočasně využili možnost bydlení u svých blízkých,
  - o mohou vyhledávat služby NP v jiném místě, než odkud pocházejí, aby se vymanili z pro ně ohrožujícího sociálního prostředí známých uživatelů

návykových látek, kteří v minulosti tvořili patrně jediný a/nebo převažující okruh jejich známých,

- při nástupu do služby NP zpravidla nemají stálé pracovní místo a proto pobírají státní sociální podporu ve formě dávek v hmotné nouzi,
- až 60 % převážně z uživatelů nealkoholových drog má ukončené pouze základní vzdělání a odhadem až 30 % z nich může mít z minulosti záznam v Rejstříku trestů, což jim může ztěžovat situaci při hledání pracovního místa.

Z těchto charakteristik, ale i z dalších dostupných publikovaných zdrojů, lze odvodit specifické potřeby uživatelů služeb následné péče, jejichž přehled je uveden v následujícím oddíle této kapitoly.

### ***Potřeby uživatelů služeb následné péče***

Klinické zkušenosti z práce s cílovou populací uživatelů návykových látek (NL) i poznatky z výzkumu naznačují, že se potřeby uživatelů služeb následné péče mohou individuálně lišit, v čase měnit a vyvíjet. Tento proces je mj. patrně ovlivňován tím, jak se mění populace uživatelů návykových látek (např. věkové či sociální složení), trendy v jejich užívání (typ užívané látky, množství, frekvence a délka) a další okolnosti (např. postoj společnosti k užívání NL, služby pro uživatele, jejich spektrum a dostupnost). Přesto, že se potřeby uživatelů služeb NP mohou individuálně lišit, je pravděpodobné, že některé z nich jsou řadě z nich společné. Z toho vycházejí a vycházejí poskytovatelé služeb pro danou cílovou populaci při vytváření služeb NP a průběžně při jejich upřisobování měnícím se či nově se objevujícím potřebám. Poskytovatelé služeb NP jsou mj. na základě požadavků Standardů odborné způsobilosti RVKPP i standardů sociálních služeb povinni, potřeby svých klientů individuálně zjišťovat formou partnerské diskuse s nimi a zohledňovat je ve společně vytvářených individuálních plánech.

Okruhy potřeb uživatelů následné péče v obecné rovině definuje zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten mj. stanovuje, jaké činnosti má služba NP pro své klienty uskutečňovat s tím, že prostřednictvím těchto služeb jsou uspokojovány jejich potřeby. Z díkce § 64, odst. (2) a (3) o činnostech, které služba NP obsahuje, lze analogicky odvodit i okruhy potřeb jejich uživatelů, které MPSV vnímá jako klíčové. Přehled takto odvozených okruhů potřeb cílové populace – byť patrně nejde o jejich vyčerpávající výčet - nabízí následující tab:

Tab 4 – Okruhy činností služby následné péče definované v zákoně o sociálních službách a z nich odvozené okruhy potřeb uživatelů služby (Zdroj: zák. č. 108/2006 Sb., vlastní analýza)

Forma NP	Činnosti definové zákonem	Odvozené okruhy potřeb
<b>Ambulantní i pobytová odst. (2)</b>	a) sociálně terapeutické činnosti	psychosociální podpora a rady potřebné pro udržení změny závislého chování naučeného v léčbě, zvládnání života mimo chráněné prostředí léčby a pro odolání návratu k užívání NL
	b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	pomoc a podpora při navazování kontaktů a vztahů s dalšími lidmi a při budování bezpečné a zdravé sociální sítě
	c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	pomoc a podpora při hledání přiměřeného pracovního místa, při jednání s úřady a institucemi veřejné správy nezbytnými pro integraci do společnosti
<b>Pobytová odst. (3)</b>	a) poskytnutí ubytování	bydlení – nabídka finančně dostupného a bezpečného zázemí a soukromí
	b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy	jídlo respektive prostor a vybavení pro jeho přípravu

Jak již bylo zmíněno, činnosti, které má služba následné péče podle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách obsahovat, jsou definovány velmi obecně. Této jejich obecné úrovni odpovídá i výčet odvozených okruhů potřeb uživatelů služeb NP. Je proto povinností pracovníků služeb, aby konkrétní individuální potřeby jednotlivých klientů pravidelně zjišťovali a vyhodnocovali, do jaké míry se jim ve spolupráci s uživateli služeb daří jejich takto identifikované potřeby prostřednictvím výše uvedených okruhů činností uspokojovat. Konkrétní potřeby uživatelů služeb NP tak lze najít zpravidla v individuálních plánech poskytování služby, které pracovníci těchto služeb s klienty zpracovávají a hodnotí.

Pracovníci služeb NP se však ve své praxi setkávají i se situacemi, kdy jejich klienti své potřeby buď neznají nebo se jim je nedaří pojmenovat, viz následující výrok jednoho z respondentů šetření:

*„Pokud bych měl mluvit o doléčování, někdy to po mně lidé z léčeben chtějí, aniž by si pod tím něco konkrétního představili. Opakovaně v léčebnách slyšeli, že „doléčování“ je strašně důležité, ale fakt si za tím neumí nic konkrétního představit a zakázku leckdy nemají.“*

V jiných případech nejsou klienti schopni rozlišovat své potřeby na podstatné a nepodstatné, což jim může jejich návrat do podmínek běžného života komplikovat. Pro ilustraci lze uvést případ klienta, který téměř celou svoji první výplatu utratil za drahou hudební věž – protože jeho primární potřebou bylo mít na čem poslouchat hudbu. Potom mu ale nezbyly žádné finanční prostředky na uspokojování jeho základní potřeby – jídla,



což jeho samotného a nezvyklého hospodařit s vlastními finančními prostředky, nenapadlo.

Vědom si z vlastní praxe pracovníka služby následné péče těchto problémů, zpracoval J. Šnokhous (2011) ve své bakalářské práci výzkum, jehož cílem bylo identifikovat konkrétní potřeby klientů služby NP včetně jejich hierarchie z pohledu 21 klientů, s nimiž v letech 2008 – 2010 pracoval. Poznatky z jeho šetření nabízejí kromě identifikovaných potřeb klientů služby NP i nástin jakéhosi klíče, podle nějž si zájemci o službu NP konkrétní službu vybírají.

Na základě svých zjištění definoval - vedle základních fyziologických potřeb v podobě např. potravy, tekutin, spánku, odpočinku či sexuálního uspokojení a vyhnutí se bolesti (Maslow, 1970) – další dva hlavní okruhy potřeb uživatelů služeb NP, jež zpravidla mají svůj materiální, ale i nemateriální, symbolický význam (viz tab 5):

- a. existenční, tj. sociální a zdravotní (*práce a vzdělání, peníze, volný čas, vztahy, zdraví*)
- b. osobnostní (*potřeby v oblasti osobnostního rozvoje a růstu*)

Podrobnější rozbor výše uvedených okruhů potřeb nabízí následující tab:

Tab 5 – okruhy hlavních potřeb uživatelů služeb následné péče a jejich specifikace (volně podle Šnokhous, 2011)

<b>a) existenční potřeby uživatelů služeb následné péče</b>			
<b>Obecná potřeba</b>	<b>Specifikace potřeby</b>	<b>Základní povaha potřeby</b>	
		<b>Materiální</b>	<b>Nemateriální</b>
<b>Práce</b>	finanční zabezpečení	+	
	vyrovnat své dluhy	+	+
	uplatnění se a seberealizace		+
	sociální interakce, ocenění, podpora		+
	režim a řád		+
<b>Vzdělání</b>	zlepšení možností uplatnění na trhu práce	+	+
	zvýšení sebevědomí		+
<b>Bydlení</b>	ušetřit si na nájem	+	
	uspokojivé bydlení, zázemí pro sebe a budoucí rodinu	+	+
	osamostatnit se, „postavit se na vlastní nohy“		+
<b>Vztahy</b>	obnovení důvěry rodiny		+
	podpora a láska ze strany rodiny		+
	ocenění a uznání ze strany rodiny		+
	mít okruh přátel pro sdílení a trávení volného času		+
	mít partnera/partnerku – potřeba lásky a sexu		+
<b>Smysluplné trávení volného času</b>	umět trávit volný čas		+
	vypadnout ze stereotypu		+
	prostor pro trávení času s blízkými osobami		+

	osobní prostor pro trávení volného času		+
<b>Zdraví</b>	dát se po zdravotní stránce do pořádku	+	+
	osvojit si a upevnit zdravý životní styl		+
<b>b) osobnostní potřeby uživatelů služeb následné péče</b>			
Obecná potřeba	Specifikace potřeby	Základní povaha potřeby	
		Materiální	Nemateriální
<b>Budování vztahů</b>	zlepšit se v komunikaci		+
	zlepšení vztahů k druhým lidem		+
	zlepšení vztahu sám k sobě		+
<b>Cítit se dobře, mít sebevědomí</b>	vypořádat se s minulostí		+
	budování zdravé budoucnosti		+
	cítit se dobře sám se sebou, umět si udělat radost, odměnit se		+
	být někde zakotvený, někam patřit		+
	být úspěšný v životě	+	+

Jak již bylo argumentováno, výše uvedený výčet potřeb uživatelů služeb NP se může individuálně lišit. Všichni se tedy nemusí hlásit ke všem výše uvedeným potřebám a může se lišit i jejich hierarchie u jednotlivých klientů.

Klíčovou potřebou, která stojí v hierarchii nejvýše, je potřeba práce s jejími dalšími specifickými významy pro daného klienta. Pravděpodobnost relativně snadného získání jakékoli placené práce, zejména po nástupu do pobytové služby NP se proto zdá být hlavním kritériem pro výběr místa služby, které si zájemce o službu vybírá. Významnou roli ve výběru pobytových služeb následné péče proto hraje míra nezaměstnanosti v kraji respektive ve městě, kde je tato služba poskytována.

### 3.1.2 Služby následné péče

#### **Koncepční dokumenty oboru adiktologie**

Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (RVKPP, 2005) definují ve standardu 8 Speciálních standardů služby následné péče respektive ambulantní doléčovací programy takto:

*„Strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, částečně na principu odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců.“*

Takto obecně definovaná služba je blíže specifikována zejména ve standardu 8.6 Odborná péče (standarty 8.6.6 – 8.6.14) a 8.7 Doplňové programy. Z nich lze odvodit základní požadavky na daný typ služby respektive spektrum služeb, jež by komplexní a mezioborově pojatá služba následné péče měla splňovat. Proces následné péče by měl

být strukturován obvykle do 3 fází, přičemž služba by měla svým klientům – vždy s ohledem na jejich individuální situaci a potřeby, ale i možnosti služby - nabízet tyto formy práce:

- **skupinovou terapii**, jež by se měla méně obracet do minulosti a více pomáhat odpoutat se od terapeutického prostředí předcházejících služeb léčby závislosti,
- **otevřené skupiny** případně **samořídící skupiny** nebo skupiny vedené ex-usery, tj. podpůrné aktivity, jež jsou vhodné po skončení základního programu NP nebo pro příležitostnou účast při dlouhodobém nepravidelném kontaktu uživatele se službou,
- **rodinnou** (případně partnerskou) **terapii**, jež má být prováděna v každém případě, kdy je to možné,
- **sociální práci**, jejímž cílem je optimalizovat sociální podmínky pacienta/klienta pro jeho sociální integraci a vytrvání v abstinenci (např. v oblasti rodinných vztahů, bydlení, studia, zaměstnání),
- **program prevence relapsu** - kognitivně-behaviorální management relapsu, přičemž je doporučováno pohlížet na případný přiznaný a zpracovaný relaps jako na účinný faktor doléčování,
- **rehabilitaci**, jež slouží k optimalizaci psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta a k osvojení zdravých způsobů trávení volného času. Využívány jsou různé rehabilitační techniky a procedury, socioterapeutické kluby, sportovní aktivity a/nebo pobyty v přírodě,
- **farmakoterapii** - k řešení psychických a somatických komplikací a komorbidit klientů, již provádí ji výhradně lékař podle platných předpisů a zásad léčebné praxe,
- **toxikologická vyšetření**, jež se využívají v indikovaných případech při podezření na užívání návykových látek uživatelem služby NP,
- **službu krizové intervence** pro pacienty/klienty programu dle denního provozu zařízení, informace o krizových linkách a centrech pro dobu mimo provoz zařízení,
- **doplňkové programy** - podle potřeby např. programy pro specifické skupiny klientů (ženy, gayové, minority), informace, poradenství a edukace – např. v otázkách zaměstnanosti, řešení dluhů, právních problémů apod.

Uvedený výčet spektra forem práce s klienty služeb následné péče explicitně neuvádí **individuální poradenství** případně terapii, ale ani ji při práci s jednotlivým klientem nevyklučuje. Již zmíněný návrh inovovaných standardů (Libra a kol., 2012) ve speciálním standardu 8 naopak individuální (podpůrnou) psychoterapii explicitně uvádí. Služby následné péče respektive doléčovací programy jsou v této verzi standardů definovány takto:

*„...Doléčovací programy jsou částečně založeny na formě odpoledních stacionářů, v délce minimálně 6 měsíců. Programy jsou zaměřené na podporu a udržení abstinence klientů/pacientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhají jim v navrácení do podmínek běžného života. Program poskytuje podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení a chráněná pracovní místa a rekvalifikaci.”*

Pracovní verze 2.1 návrhu Koncepce sítě adiktologických služeb (Mravčík a kol., 2012) s odvoláním na legislativní ukotvení (viz níže) následné péče a doléčovacích programů včetně chráněného bydlení argumentuje, že se jedná o kombinovaný zdravotně sociální model péče. V návrhu je tento typ služeb definován poměrně podrobně, takto:

*„Zařízení následné péče, či doléčovací program je zařízení, které poskytuje péči směřovanou k podpoře a udržení abstinence. Jedná se o primárně ambulantní službu, ... součástí komplexní péče ambulantního doléčovacího programu může být chráněné bydlení.*

*Hlavní náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na udržení abstinence, navozených motivačních změn a psychické i somatické stability a na prevenci relapsu. Terapeutický proces doléčovacího programu vychází z komplexního zhodnocení stavu pacienta<sup>5</sup> provedeného před přijetím do vlastního strukturovaného programu.*

**Odborná péče doléčovacích programů je koncipována jako strukturovaný proces obsahující tyto základní komponenty:** skupinová terapie, rodinná či partnerská terapie, sociální práce, rehabilitace. Mezi medicínské složky patří farmakoterapie či toxikologická vyšetření.

---

<sup>5</sup> Vzhledem ke zdravotnickému charakteru koncepce systému adiktologických služeb v dané verzi akcentuje především medicínské vstupní vyšetření: „Medicínská část péče v rámci následné péče v doléčovacích programech obsahuje lékařské vyšetření při vstupu do programu a obsahuje psychiatrické vyšetření a orientační somatické vyšetření. Součástí vyšetření jsou základní laboratorní vyšetření, toxikologické vyšetření moče, vyšetření na HIV, hepatitidy a pohlavně přenosná onemocnění, vyšetření na graviditu a další odborné výkony v indikovaných případech (např. psychologické vyšetření)“.

*Součástí ambulantního doléčovacího programu může být chráněné bydlení - prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování.*

*Součástí doléčovacího programu mohou být rovněž chráněné pracovní programy, jež slouží k zvýšení pracovních dovedností až do úrovně rekvalifikace, zpevnění pracovních návyků a získání práce u externího zaměstnavatele.“*

**Z uvedené charakteristiky služeb následné péče je patrné, že je v souladu s charakteristikou** uváděnou **v obou verzích standardů** odborné způsobilosti služeb pro uživatele návykových látek RVKPP. **Ale na rozdíl od tzv. inovovaných standardů** výčet komponent služby v návrhu koncepce adiktologických služeb **opomíjí individuální formu terapie a jako hlavní komponentu uvádí zejména skupinovou terapii.**

To lze považovat za **slabou stránku** návrhu, **protože tím omezuje možnost poskytování služeb následné péče na zařízení, která pracují s větším počtem klientů, z nichž je možné sestavit skupinu,** což je zpravidla případ krajských měst, v nichž samostatné služby následné péče s chráněným bydlením v převážné míře pracují. **Opomenutí možnosti individuální podpůrné terapie lze vnímat jako bariéru zavádění služeb následné péče v menších městech,** kde je poptávka po této službě ze strany uživatelů návykových látek nižší (a není tudíž možné pracovat s klienty formou skupinové terapie). V nich může a/nebo v současnosti už je služba – v různých modifikacích - poskytována jinými typy zařízení/služeb – např. v rámci nízkoprahových kontaktních center, AT ordinací/ambulancí, nezdavotnických ambulantních poraden pro uživatele návykových látek apod. Existující varianty poskytování služeb následné péče v České republice jsou diskutovány v další části této kapitoly.

### **Zákony**

Vzhledem k již zmíněnému komplexnímu nebo též kombinovanému zdravotně sociálnímu modelu následné péče není divu, že je následná péče a/nebo doléčovací péče pro uživatele návykových látek v českých podmínkách legislativně ukotvena jak v zákoně resortu zdravotnictví, tak i v zákoně resortu sociálních věcí. Vzhledem k podobě zákonů je pochopitelné, že definice předmětných služeb je v zákonech velmi obecná.

Podle § 20 **zák. č. 379/2005 Sb.**, o opatřeních k ochraně před škodami působenými užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných návykových látek jsou zařízení následné a doléčovací péče definovány jako „*programy, které zajišťují zdravotnická*

*zařízení a jiná zařízení a která obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence“.*

Jak již bylo podrobněji diskutováno v předcházející kapitole a v tab 3, **zák. č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách definuje následnou péči pouze jako „*poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*“ bez bližší specifikace. Jako činnosti provozované tímto typem služby označuje „*sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*“.

Zdravotnická verze charakteristiky služby následné péče hovoří o službě poskytované buď zdravotnickými a/nebo jinými zařízeními (tedy i nezdravotnickými – např. sociálními službami). Naopak, norma z dílny MPSV se omezuje pouze na definici sociální služby (nebo komponenty) následné péče a nepostihuje tak komplexnost adiktologické péče v tomto typu služeb, jak je uvedena v návrhu koncepce sítě adiktologických služeb. To opět svědčí o již diskutovaném sociálním redukcionismu zákona o sociálních službách, který může „zavírat vrátka“ alternativním variantám poskytování a/nebo zajišťování služeb následné péče pro uživatele návykových látek a tím i zvyšování jejich dostupnosti pro cílovou populaci.

### ***Existující typy služeb, které poskytují služby následné péče***

Základním typem služby následné péče jsou podle standardů RVKPP **ambulantní doléčovací programy**, jež se zpravidla samy označují jako **doléčovací centra** případně **centra následné péče**. V převážné většině se jedná o služby, které se specializují na poskytování následné péče pro uživatele návykových látek, některé z nich současně poskytují i různé formy ubytovacích služeb pro své klienty nebo pro jejich část. Služby následné péče ale poskytují i jiné typy služeb/zařízení – např. nezdravotnické ambulantní poradny, kontaktní a poradenská centra, psychiatrické AT ordinace a další (viz tab 6).

Pokrytí České republiky službami následné péče a/nebo doléčování pro uživatele návykových látek je nerovnoměrné a v jednotlivých krajích je zastoupení tohoto typu služeb značně rozdílné. To ilustruje tab 6, jež uvádí přehled zmíněných služeb, kontakty na něž lze nalézt v patrně nejznámějším vyhledávací služeb pro uživatele návykových látek na celonárodní úrovni – v tzv. mapě pomoci<sup>6</sup> Národního monitorovacího střediska

<sup>6</sup> <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>

pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR. Slabou stránkou mapy je, že není aktuální a některé služby následné péče v ní nejsou uvedeny a až na jednu výjimku neuvádí služby následné péče v případě, že je poskytují zdravotnické AT ordinace. Chyba je ovšem na straně poskytovatelů služeb, kteří mají data v mapě aktualizovat, ale v řadě případů to patrně nečiní.

Tab 6 – přehled služeb následné péče a/nebo doléčování pro uživatele návykových látek v krajích ČR (Zdroj: mapa pomoci NMS)

Kraj	Počet služeb NP	Typy zařízení poskytujících služby NP
Hl.m. Praha	4	Doléčovací centrum, Centrum následné péče
Karlovarský	0	
Královohradecký	1	Ambulantní centrum
Jihočeský	3	Doléčovací centrum, Sociálně psychologické centrum, Institut pro rozvoj osobnosti
Jihomoravský	4	Doléčovací centrum, Centrum služeb sociální prevence, Program následné péče, Následná péče
Liberecký	1	Centrum ambulantních služeb – doléčovací program
Moravskoslezský	6	Dům na půl cesty – Doléčovací centrum, Poradna, Služba následné péče,
Olomoucký	2	Doléčovací centrum, P-centrum
Pardubický	1	Ambulantní centrum
Plzeňský	2	Program následné péče, Středisko následné péče – Chráněné bydlení
Středočeský	3	Resocializační institut, Chráněné bydlení a sociálně pracovní rehabilitace, Ordinace AT
Ústecký	4	Doléčovací centrum, Následná péče
Vysočina	2	Doléčovací centrum, Následná péče
Zlínský	3	Resocializační a terapeutická komunita, Poradna
<b>CELKEM</b>	<b>36</b>	

Přehled v tab 6 velmi pravděpodobně není vyčerpávajícím přehledem všech služeb/zařízení, které poskytují služby následné péče a/nebo doléčování. Hlavním důvodem je, že povinnost hlásit do monitorovacího systému NMS mají nestátní poskytovatelé služeb pro uživatele návykových látek, kteří poskytované služby financují z dotací od institucí veřejné správy, nikoli zdravotnická zařízení, jež jsou financována z veřejného zdravotního pojištění. Patrně i proto je ve výše zmíněné mapě pomoci uvedena pouze jediná ordinace AT, která jasně deklaruje, že služby následné péče a/nebo doléčování pro uživatele návykových látek poskytuje. Je pravděpodobné, že tyto služby poskytuje i řada dalších ordinací AT, ty ale tuto informaci v mapě pomoci NMS ani v seznamu zdravotnických zařízení Státního zdravotnického ústavu, které poskytují služby uživatelům alkoholu, neuvádějí.

**Z uvedeného přehledu služeb/zařízení, které poskytují služby následné péče pro uživatele NL, je mj. patrný i terminologický chaos v tom, jak se zařízení specializovaná na poskytování služeb následné péče nazývají.** To může být jednou z bariér, které snižují dostupnost pro zájemce o tento typ služby prostě proto, že jim z názvu služby/zařízení nemusí být jasné, zda služby následné péče a/nebo doléčování pro uživatele NL poskytují. Patrná je i dichotomie v názvu poskytované služby, jež je nejčastěji uváděna jako „*následná péče*“ (termín ze zákona o sociálních službách) a „*doléčování*“ (termín přijatelný pro resort zdravotnictví), jež může být pro zájemce o službu rovněž matoucí.

Ve výčtu typů služeb/zařízení (tab 6) jsou patrné i existující varianty poskytování služeb následné péče, které lze rozdělit **do dvou hlavních skupin**, v každé z nichž lze nalézt několik různých typů služeb. Ty se mohou lišit v různých parametrech – např. podle jejich zřizovatele, cílové populace klientů, profesní skupiny a/nebo resortu, do něhož svým charakterem patří.

Dvě hlavní skupiny služeb/zařízení poskytovatelů služeb následné péče lze charakterizovat takto:

- 1. specializované služby** – tj. služby/zařízení jejichž cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek případně další osoby ohrožené tzv. nelátkovými závislostmi (např. gamblingem) – do této skupiny patří především doléčovací centra, centra následné péče, nezdravotnická ambulantní centra (primárně poskytující služby ambulantní léčby závislosti), psychiatrické ordinace AT, ale lze k nim zařadit i nízkoprahová kontaktní a poradenská centra pro uživatele NL, jež služby následné péče poskytují v regionech, kde jinak není dostupná. Ve výčtu služeb v tab 6 se v jednom případě objevuje i resocializační a terapeutická komunita – jež však podle standardů RVKPP poskytuje služby léčby závislosti a nikoli následné péče pro uživatele NL po absolvované léčbě.
- 2. nespécializované služby** - tj. služby/zařízení jejichž cílovou skupinou primárně nejsou uživatelé návykových látek případně další osoby ohrožené tzv. nelátkovými závislostmi (např. gamblingem), ale do jejichž širší cílové populace spadají – do této skupiny patří různé typy poraden (např. psychologické, pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy), psychiatrické ordinace/ambulance, a další typy pomáhajících služeb. V tab 6 jde např. o Sociálně psychologické centrum, Institut pro rozvoj osobnosti, Centrum služeb sociální prevence, Dům



na půl cesty – Chráněné bydlení či Chráněné bydlení a sociálně pracovní rehabilitace, jejichž název – s ohledem na definice služeb v uvedených MPSV respektive MZ – nevypovídá o tom, že jejich primární či hlavní cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek.

Nicméně, příklady nespécializovaných služeb/zařízení vedou k závěru, že služby následné péče a případné snahy o zvyšování jejich dostupnosti pro zájemce o ně, nemusejí mít nezbytně podobu budování specializovaných služeb následné péče. Jako úspornější lze zvolit postup rozšiřování cílových skupin a spektra služeb již existujících zdravotnických a/nebo sociálních služeb či zařízení.

Vzhledem k již diskutované potřebě komplexnosti následné péče a jejím zdravotnicko-sociálním komponentám se však jako nezbytné jeví síťování a koordinace sítě stávajících zdravotnických a sociálních služeb, které některé z výše prezentovaných komponent služby následné péče poskytují, nikoli ovšem v jejich uceleném rozsahu.

Následující tab 7 uvádí přehled existujících služeb/zařízení, které poskytují služby následné péče a/nebo jejich vybrané komponenty. Z toho lze odvodit, které typy služeb či jejich segmentů by služby/zařízení poskytující pouze některé komponenty následné péče měla pro své klienty umět zajistit externě, tj. u jiných služeb/zařízení. To však v současné době v Libereckém kraji naplňují spíše sociální než zdravotnické služby, jak bude ilustrováno v kap. 3.2.

Tab 7 – existující typy služeb/zařízení poskytujících služby následné péče a komponenty, jež poskytují (+) a/nebo zajišťují nebo by zajišťovat měly (-) (Zdroj: Standardy RVKPP, SNN ČLS JEP)

Služba/zařízení	VLV	IT/ST	RT/PT	SP	PR	FT	TV	VČ	CHB
<b>1. specializované služby/zařízení</b>									
DC/CNP	-	+	+	+	+	-	+	+	-/+
OAT	+	+/-	-	-	+	+	+	-	-
AC	-	+	+	+	+	-	+	-	-
NKPC	-	+	+	+	+	-	+	-	-
<b>2. nespécializované služby/zařízení</b>									
Poradny	-	+	-	-	+	-	+	-	-
PA/O	+	+/-	-	-	+	+	+	-	-
DPC	-	+	+	+	+	-	+	+	+
DZR	-	+	+	+	+	-	+	+	+
CHB	-	+	-	+	+	-	+	+	+

**Legenda:**

**Služby/zařízení:** DC/CNP – doléčovací centra/centra následné péče, OAT – ordinace AT, AC – nezdravotnická ambulantní centra pro léčbu závislosti, NKPC – nízkoprahová kontaktní a poradenská centra, Poradny – psychologické, pro rodinu atd., PA/O – psychiatrická ambulance/ordinace, DPC – domy na půl cesty, CHB – chráněné bydlení, DZR – Domovy se zvláštním režimem, CHB – chráněné bydlení.

**Komponenty služby:** VLV – vstupní lékařské vyšetření, IT/SP – individuální/skupinová terapie/poradenství, RT/PT – rodinná/partnerská terapie, SP – sociální práce, PR – prevence relapsu, FT – farmakoterapie, TV – toxikologické vyšetření, VČ – volnočasové aktivity.

Podrobnější výčet zdravotnických výkonů (odvozených ze stávající praxe jejich hrazení z veřejného zdravotního pojištění, jež lze pod pojem následné péče/doléčování pro uživatele návykových látek zahrnout) a/nebo sociálních intervencí odvozených z díkce zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jež uživatelé služeb následné péče v různé míře a rozsahu poptávají, jsou uvedeny níže. Ani v tomto případě však nemusí jít o jejich vyčerpávající výčet, tj. je možné, že autor zprávy některou intervencí a/nebo zdravotnický výkon opomněl.

### ***Komponenty služby následné péče pro uživatele návykových látek***

**Zdravotní péče** (použitelné platné výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění)

- Komplexní psychiatrické vyšetření (kód č. 35021)
- Cílené psychiatrické vyšetření (kód č. 35022)
- Kontrolní psychiatrické vyšetření (kód č. 35023)
- Psychoterapie individuální (kód č. 35520)
- Psychoterapie skupinová (kód č. 35610)
- Minimální kontakt s lékařem (kód č. 09511)
- Alkotest (kód č. 38210)

**Sociální služby** (z díkce § 64, odst. (2) a (3), zák. č. 108/2006 Sb.)

#### ***Sociálně terapeutické činnosti***

- Prevence relapsu
- Skupinové poradenství
- Individuální poradenství
- Toxikologické vyšetření an přítomnost návykových látek v těle

#### ***Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím***

- Volnočasové aktivity
- Sociální práce (podpora a pomoc při jednání s úřady, institucemi apod.)
- Umožnění přístupu k internetu (vyhledávání kontaktů, pracovních příležitostí a e-mailové komunikace klientů)
- Abstinenční skupiny

#### ***Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí***

- Sociální poradenství
- Dluhové poradenství
- Pracovní poradenství
- Poradenství v oblasti zdraví
- Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou
- Telefonický kontakt

#### ***Poskytnutí ubytování***

- Ubytování v podporovaném bytě
- Zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení
- Zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla

#### ***Poskytnutí pomoci při zajištění stravy***

- Zajištění podmínek pro přípravu stravy

## 3.2 Aktuální dostupnost služeb následné péče pro uživatele NL

V této kapitole jsou prezentovány poznatky o aktuální dostupnosti služeb následné péče pro uživatele NL pro cílovou skupinu uživatelů v Libereckém kraji, získané formou telefonického poptávání služby následné péče fiktivním uživatelem návykové látky t.č. v pobytové léčbě závislosti.

Vlastnímu telefonickému šetření předcházelo vytipování odpovídajících a/nebo v úvahu připadajících služeb – tj. na práci s uživateli NL specializovaných a nesespecializovaných. Nesespecializované služby se dále dělí do 4 hlavních skupin – psychiatrické ambulance/ordinace, psychologické ordinace/poradny, další typy poradenských služeb a vybrané sociální služby. Zejména v případě zdravotnických služeb byla v průběhu telefonického dotazování identifikována další pracoviště poskytující služby uživatelům návykových látek, jež realizátor při vyhledávání služeb z veřejně dostupných profesních internetových zdrojů v přípravné části analýzy nenašel.

Pracovníci vytipovaných služeb byli dotazováni na to, zda a za jakých podmínek poskytnou službu následné péče uživateli návykových látek – legálních i nelegálních - v pobytové léčbě, zda poskytují nebo pomohou zprostředkovat doprovodné bydlení. Ti, kteří službu následné péče poskytují, byli dále dotazováni na cenu a formu poskytování služby. Ti, kteří službu následné péče neposkytují, byli dotazováni na jejich znalosti o možnostech, zda a kde lze nejbližší službu následné péče obstarat, a o dalších informacích o této službě – např. podmínky přijetí, cena a forma poskytované péče.

Přehled zjištění o dostupnosti následné péče respektive jejích segmentů pro uživatele návykových látek ve výše uvedených pěti skupinách pomáhajících sociálních a/nebo zdravotnických služeb v Libereckém kraji je uveden v následujících částech zprávy (kap. 3.2.1 a 3.2.2).

Na základě identifikace služeb následné péče dostupných v Libereckém kraji byl dále zpracován přehled jejich místní a dopravní – tj. časové a finanční dostupnosti v případě, že se do nich uživatel služby musí – z jednotlivých regionů kraje - dopravovat prostředky hromadné dopravy, tj. autobusem a/nebo vlakem, případně prostředky MHD.

### 3.2.1 Specializované služby pro uživatele návykových látek

V Libereckém kraji v současné době působí dvě nestátní neziskové organizace, které provozují různé typy služeb pro uživatele návykových látek, jež by mohly některé

segmenty služby následné péče poskytovat, jak bylo argumentováno v kap. 3.1.2. Jde o Most k naději, o. s. a o Advaitu, o. s. První z nich mj. provozuje kontaktní a poradenská centra pro uživatele návykových látek v České Lípě a v Liberci. Druhé sdružení mj. provozuje Centrum ambulantních služeb – doléčovací program, jež v Liberci poskytuje službu následné péče a doléčování, od r. 2009 rozšířenou i o službu podporovaného ubytování.

Kontaktní a poradenská centra v České Lípě a Liberci službu následné péče neposkytují, v případě Liberce patrně proto, že ve městě existuje Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s. Kontaktní centrum v České Lípě v minulosti, tj. v době, kdy je provozoval Pasant, o. s., - podle informací od oslovených uživatelů návykových látek - službu ambulantní následné péče poskytovalo, v současné době ji – patrně z důvodu obměny personálu v návaznosti na změnu provozovatele služby – neposkytuje. Nicméně, oslovení pracovníci obou služeb měli velmi dobré znalosti o možnosti, kde může zájemce v Libereckém kraji službu následné péče, jak v její ambulantní, tak i pobytové formě, vyhledat. V obou případech odkazovali zejména na liberecké Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s. Pracovníci českolipské služby ještě nabídli zájemci kontakt na terapeutku Mgr. M. Začalovou z psychiatrické ordinace v České Lípě, která nabízí jak individuální, tak i skupinovou formu následné péče a „pracuje na pojišťovnu“, takže jsou jí poskytované služby pro případné klienty finančně dostupné. Právě ona v minulosti poskytovala v českolipském Kontaktním centru služby následné péče. Zjištění z realizovaného telefonického šetření u specializovaných služeb v souhrnné podobě uvádí tab 8.

Tab 8 – specializované služby pro uživatele návykových látek– otázky poskytování následné péče a/nebo znalostí o jejich poskytování v Libereckém kraji

Služba	Službu NP poskytují				Službu NP neposkytují			Pozn.
	pro UD	pro UA	Poskytují bydlení?	Platí se poplatek? (Kč)	Vědí, kde NP sídlí?	Znají kontakt?	Mají info o NP?	
CAS – DP Liberec	+	+	+	Jen nájem	-	-	-	Vstřícné jednání
KC Česká Lípa	-	-	-	-	+	+	+	Kontakt i na NP v České Lípě
KC Liberec	-	-	-	-	+	+	-	Nejistota v info o NP CAS

CAS – DP – Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s., KC – kontaktní a poradenské centrum pro uživatele návykových látek; UA – uživatelé alkoholu, UD – uživatelé nealkoholových drog; NP – následná péče

### Centrum ambulantních služeb – doléčovací program

Služba poskytla v uplynulém roce 2011 službu následné péče a doléčování 39 klientům (33 klientům v r. 2010, tj. 6,7 % z celkového počtu 494 klientů služeb NP v celé ČR hlášených NMS), z toho 28 i službu podporovaného ubytování. Pro ilustraci jsou v tabulce 9 uvedena základní data o počtu klientů dalších dvou služeb následné péče ve srovnatelně velkých městech co do počtu obyvatel, tj. v Ústí n. L. a v Olomouci, jež se nicméně liší co do kapacity doprovodného bydlení pro klienty.

Tab 9 – počty klientů služeb NP v krajských městech se srovnatelným počtem obyvatel (zdroj: výroční zpráva poskytovatelů služeb)

Služba	Počet lůžek	Počet klientů ambulantní NP	Počet klientů v ubytovací službě
CAS – DP Advaita Liberec	10	39	28
CNP P-Centrum, Olomouc	12	41	40
CNP White Light I, Ústí n. L.	4	19	11

Přehled základních dat o počtu klientů služeb následné péče ve srovnatelně velkých krajských městech naznačuje, že poptávka po službách následné péče v Liberci příliš nevybočuje z trendů poptávky po dané službě v jiných městech. Jsou však patrné odlišnosti odvíjející se zřejmě od ubytovacích kapacit, jež má služba k dispozici, což je patrné u nižšího počtu klientů v Ústí n. L. Jak ale již bylo diskutováno, dalším faktorem nižšího zájmu o služby NP v Ústí n. L. může být i vyšší míra nezaměstnanosti v Ústeckém kraji. Proto může být Ústí n. L. pro potenciální zájemce o službu NP méně atraktivní, než služba NP v Liberci.

Další služby následné péče s doprovodným ubytováním v krajských městech ČR uvádějí zkušenosti shodné s těmi, jež ve vztahu k poptávce a využití kapacit služby NP uvádí ve své výroční zprávě 2011 CAS – DP Advaita, o. s. Ta vykazuje, že se jí podařilo uspokojit poptávku po službách NP s ubytováním v případě 28 zájemců z 52 (tj. v případě 54 % zájemců o službu). Z rozhovorů s klienty služeb léčby závislého chování vyplývá, že pokud se rozhodují pro službu následné péče s ubytováním (v převážné většině jde o klienty terapeutických komunit), oslovují v průměru 3 služby následné péče v celé ČR.

Při svém rozhodování o tom, kterou z oslovených služeb si vyberou, často hraje roli – kromě dalších, již diskutovaných faktorů – i volný termín doprovodného bydlení. Jinými slovy, často jdou do té služby, která je jim aktuálně schopná nabídnout nejbližší možný termín pro přestup z léčby do následné péče. Na druhou stranu, pokud se klientům v následné péči podaří sociálně stabilizovat a adaptovat, tj. sehnat si práci a případně

navázat nějaký partnerský vztah a bydlení, mají tendenci odcházet z programu následné péče s doprovodným ubytováním před uplynutím původně dohodnuté doby cca 6 měsíců. To komplikuje snahy pracovníků služby o optimální využití ubytovacích kapacit služby, jež je ze strany donorů sledována pod termínem obloženost a bývá jedním z hlavních kritérií pro rozhodování o výši dotace poskytnuté na provozování služby.

Zdá se tedy, **že v současné době je nabídka služby následné péče s doprovodným ubytováním v Libereckém kraji přiměřená poptávce po ní.** Kromě CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci nabízejí služby ubytování a/nebo stravování pro absolventy léčby závislosti v kraji i někteří poskytovatelé sociálních služeb – viz kap. 3.2.2. Zájemci o službu následné péče s doprovodným ubytováním z regionu Českolipska navíc mají možnost využít služby Děčínského doléčovacího centra, které je z České Lípy vzdáleno 31 km, dojezdový čas je 44 min. a cena jednosměrné jízdenky je 48,- Kč. Liberec je od České Lípy vzdálen 57 km, čas potřebný na dojezd je 1 hod. 20 min. a cena jednosměrné jízdenky je 66,- Kč. Nicméně, dojezdová vzdálenost do místa poskytování služby následné péče s ubytováním není patrně tím nejpostatnějším kritériem v rozhodování uživatelů návykových látek o volbě služby a není proto pro posuzování dostupnosti služby relevantní. Uživatelé návykových látek v léčbě si často záměrně vybírají služby následné péče s ubytováním v jiných krajích, než odkud pocházejí, nežádka i na druhé straně republiky. To proto, že chtějí mít jistotu, že nebudou konfrontováni se sociálním prostředím známých uživatelů návykových látek, do něhož před svým nástupem do léčby patřili a které do budoucna vnímají jako ohrožující pro udržení změny závislého chování, jehož se jim v průběhu léčby podařilo dosáhnout.

Jiná může být situace v otázce dostupnosti ambulantní formy následné péče, za kterou nemusejí být uživatelé návykových látek ochotni dojíždět z různých regionů kraje do Liberce. Poznatky z provedeného šetření dostupnosti služeb ambulantní následné péče v regionech Libereckého kraje poskytovaných službami, které se nesespecializují na práci s cílovou populací uživatelů návykových látek, jsou uvedeny v další části této kapitoly.

### **3.2.2 Na uživatele NL nesespecializované služby**

V této části jsou prezentovány výstupy telefonického šetření dostupnosti služeb následné péče poskytovaných respektive neposkytovaných čtyřmi širšími skupinami pomáhajících služeb – šlo o psychiatrické ambulance/ordinace, psychologické ordinace/poradny, další typy poradenských služeb a vybrané sociální služby.

## Psychiatrické ambulance/ordinace

Při vyhledávání kontaktů na psychiatrické ambulance/ordinace, které působí v Libereckém kraji, bylo nalezeno 17 pracovišť, při telefonickém dotazování se realizátorům analýzy podařilo vést rozhovor pouze s pracovníky z 8 z nich (viz tab 10). Na některá telefonní čísla se opakovaně nedařilo dovolat, v jiných byl rozhovor ukončen již po první otázce s tím, že služby pro uživatele návykových látek neposkytují. Tyto situace mohou u uživatelů návykových látek, kteří se ve svém životě nezdávkou opakovaně setkávali s odmítáním a neochotou ze strany různých typů institucí včetně zdravotnických zařízení, působit jako významná překážka v dostupnosti služeb pro tuto cílovou skupinu.

Tab 10 – psychiatrické ambulance/ordinace v městech Libereckého kraje (zdroj: internetové portály s kontakty na zdravotnická pracoviště v ČR)

Město	Počet psychiatrických ambulancí (PA/O)	PA/O, v nichž byl proveden rozhovor
Liberec	6	4
Jablonec n. N.	1	-
Česká Lípa	3	2
Semily	3	2
Turnov a Semily	2	-
Jilemnice	1	-
Frýdlant	1	-
<b>CELKEM</b>	<b>17</b>	<b>8</b>

Státní zdravotnický ústav uvádí 9 psychiatrických ambulancí, které v Libereckém kraji poskytují služby závislým uživatelům alkoholu (4 v Liberci, 2 v Turnově a Semilech, 1 v České Lípě, 1 v Jilemnici a 1 AT poradna v Semilech). Z provedeného šetření však vyplývá, že by uživatele návykových látek se žádostí o službu doléčování přijali do 4 psychiatrických ambulancí/ordinací – jež pracují v Liberci, České Lípě a v Semilech. V případě České Lípy bylo zájemci o službu NP nabídnuto, že zde v ordinaci MUDr. Hnídky pracují 4 lékaři, kteří se zabývají závislými uživateli návykových látek. V Liberci byl zájemci poskytnut kontakt na MUDr. Hyánkovou a MUDr. Tržického, kteří se prací se závislými uživateli návykových látek rovněž zabývají. V 5 z 8 psychiatrických ordinací/ambulancí, v nichž se podařilo provést rozhovor, měli pracovníci – nejčastěji šlo o zdravotní sestry, které obstarávají první, telefonický kontakt s klientem - o existujících službách následné péče v kraji přehled i kontakty (viz tabulka níže).

Tab 11 – psychiatrické ambulance/ordinace – otázky poskytování následné péče a/nebo znalostí o jejich poskytování v Libereckém kraji

Psychiatrická ambulance/ordinace	Službu NP poskytují				Službu NP neposkytují			Pozn.
	pro UD	pro UA	Poskytují bydlení?	Platí se poplatek? (Kč)	Vědí, kde NP sídlí?	Znají kontakt?	Mají info o NP?	
MUDr. Vorlová, Liberec	-	-	-	-	-	-	-	Odkázala na MUDr. Tržického, do její PA chodí i děti, proto by NP nebyla vhodná
MUDr. Fürst, Liberec	-	-	-	-	+	+	-	Nezabývají se závislostmi
MUDr. Tržický, Liberec	+	+	-	30,-	+	+	-	Sestra neochotná, chtěla se zájemce rychle zbavit, lékař nové pacienty nepřijímá
MUDr. Taušová, Liberec/ Jablonec n.N.	-	-	-	-	+	+	-	Odkaz na MUDr. Tržického, závislostmi se nezabývá
MUDr. Hnídek, Česká Lípa	+	+	- pacientu pomohou při zprostředkování	30,-	+	+	-	Nabídka 4 lékařů a 1 psychoterapeutky, kteří pracují se závislými
MUDr. Kajlíková, PO pro děti, dorost a dospělé	-	-	-	-	-	-	-	Pracuje v rámci PO MUDr. Hnídky, ne se závislostmi
MUDr. Friedrichová, Semily	-	-	-	-	-	-	-	Nezabývá se závislostmi, snaha rychle se zájemce zbavit
MUDr. Šlechta, Semily	+	+	-	30,-	+	+	+	Ochotné jednání, nabídka KLUS

KLUS – klub usilujících o střízlivost – svépomocná skupina uživatelů návykových látek, kteří se setkávají 1x za 14 dní pod vedením MUDr. Šlechty a vzájemně se podporují v udržení abstinence – jedna z možných forem následné péče

Ambulantní služba následné péče pro uživatele návykových látek – legálních i nelegálních – poskytovaná lékaři-psychiatry je v různé míře a rozsahu dostupná ve třech ze čtyř bývalých okresních měst Libereckého kraje. Nejvíce možností využívat tento typ následné péče se zdá být v Liberci a v České Lípě, v Semilech je 1x za 2 týdny dostupný lékař specialista na závislosti (tzv. AT specializace) pro individuální odbornou péči ve středu v čase od 15,00 – 17,00 hod., 1x za 2 týdny může uživatel návykových



látek docházet to tzv. KLUS – tj. klubu usilujících o střízlivost (skupinová forma následné péče), který vede tentýž lékař.

### **Psychologické ordinace/poradny**

Vzhledem k nabídce psychologických a/nebo psychoterapeutických služeb, mohou psychologické poradny uspokojovat potřeby uživatelů návykových látek po absolvované léčbě závislosti v oblasti psychosociální podpory a poradenství. Proto se analýza zaměřila i na tento typ služeb. Při vyhledávání kontaktů na psychologické ordinace/poradny, které působí v Libereckém kraji, bylo nalezeno 13 pracovišť, při telefonickém dotazování se realizátoru studie podařilo vést rozhovor pouze s pracovníky ze 4 z nich (viz tab 12). Některá telefonní čísla neexistují (4 případy), na některá se opakovaně nedařilo dovolat nebo je volaný opakovaně vypínal bez příjmu (5 případů). Tyto skutečnosti dokážou potenciální zájemce v léčbě závislosti od opakovaného pokusu kontaktovat poskytovatele psychologické služby odradit. Představují proto významnou překážku v jejich dostupnosti pro cílovou populaci včetně skupiny uživatelů návykových látek poptávajících službu následné péče.

*Tab 12 – psychologické ordinace/poradny v městech Libereckého kraje (zdroj: internetové portály s kontakty na pracoviště psychologů v ČR)*

<b>Město</b>	<b>Počet psychologických ordinací/ poraden (PO/P)</b>	<b>PO/P, v nichž byl proveden rozhovor</b>
Liberec	5	1
Jablonec n. N.	3	2
Česká Lípa	3	1
Semily	2	-
<b>CELKEM</b>	<b>13</b>	<b>4</b>

Ve 3 ze 4 kontaktovaných psychologických ordinací/poraden poskytují a/nebo jsou ochotni poskytnout služby následné péče pro uživatele návykových látek, v jednom případě v Liberci jde o tzv. „cash“ placenou službu za úhradu cca 600,- Kč/hod, což je u většiny uživatelů návykových látek překážkou pro možné využití služby. Je však třeba uvést, že daný psycholog zájemce o službu následné péče o výši platby za službu ihned informoval a doporučoval bezplatně poskytovanou službu CAS – DP. 2 z oslovených psychologů znají CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci a vědí, že službu následné péče poskytuje, ale bližší informace o existujících službách následné péče v kraji nemají, což ilustruje následující tabulka.

Tab 13 – psychologické ordinace/poradny – otázky poskytování následné péče a/nebo znalostí o jejich poskytování v Libereckém kraji

Psychologické ordinace/ poradny	Službu NP poskytují				Službu NP neposkytují			Pozn.
	pro UD	pro UA	Poskytují bydlení?	Platí se poplatek? (Kč)	Vědí, kde NP sídlí?	Znají kontakt?	Mají info o NP?	
Mgr. Moos, Odborné poradenství, Liberec	+	+	-	První návštěva 700,-, dále 600,-/hod.	+	-	+	Dříve pracoval se závislými v NNO, doporučoval bezplatné služby CAS - DP
PhDr. Ambrožová, Psychoservis, Jablonec n.N	-	-	-	-	-	-	-	Nezabývá se závislostmi, policejní psycholog
PhDr. Hrdá, Ordinace klinického psychologa, Jablonec n.N	+	+	-	-	+	-	-	Odkaz na CAS – DP, k ní lze docházet ambulantně,
Mgr. Kravčíková, Ordinace klinického psychologa, Česká Lípa	+	+	-	-	-	-	-	Doporučení obvodního lékaře – bezplatná služba, příjemné jednání

### Další typy poradenských služeb

Služby následné péče pro uživatele návykových látek mohou poskytovat i jiné typy poradenských služeb. Formou internetového vyhledávání identifikoval realizátor studie dalších 8 poradenských služeb, které by tuto službu nebo některé její segmenty mohly poskytovat. Rozhovor se podařilo vést s pracovníky z 5 z nich (viz tab 14). Na jedno z telefonních čísel se opakovaně nedařilo dovolat.

Tab 14 – další typy poradenských služeb v městech Libereckého kraje (zdroj: internetové portály s kontakty na pracoviště psychologů v ČR)

Město	Počet poradenských služeb (PS)	PS, v nichž byl proveden rozhovor
Liberec	3	2
Jablonec n. N.	1	1
Česká Lípa	1	1
Semily	-	-
Jilemnice*	1	-
Turnov*	1	-
Frydlant	1	1
<b>CELKEM</b>	<b>8</b>	<b>5</b>

\* - detašované poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy uvedené v Datovém centru sociálních služeb LK jako služby, které se mj. zabývají i tematikou užívání alkoholu a/nebo drog, ale ne NP.

Z 5 kontaktovaných poradenských pracovišť pouze Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy v Jablonci n. N. poskytuje službu následné péče pro uživatele alkoholu. Pokud by však uživatel drog požádal o tutéž službu a nechtěl docházet do CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci, přijali by ho. Všechna oslovená poradenská pracoviště vědí, kam zájemce o službu následné péče referovat, znají kontaktní údaje CAS – DP. Pouze ve 2 případech pracovníci neznali o službě podrobnější informace – tj. podmínky přijetí, možnost podporovaného ubytování či cenu služby.

Tab 15 – další typy poradenských služeb – otázky poskytování následné péče a/nebo znalostí o jejich poskytování v Libereckém kraji

Poradenské služby	Službu NP poskytují				Službu NP neposkytují			Pozn.
	pro UD	pro UA	Poskytují bydlení?	Platí se poplatek? (Kč)	Vědí, kde NP sídlí?	Znají kontakt?	Mají info o NP?	
Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, Liberec*	-	-	-	-	+	+	+	Nejsou specializovaní na závislosti, vstřícné jednání
Linka důvěry – telefonické poradenství, Liberec	-	-	-	-	+	+	-	
Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, Jablonec n. N.	-	+	-	-	+	+	+	Odkaz na CAS – DP, kde se specializují na uživatele drog
Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, Česká Lípa	-	-	-	-	+	+	+	Odkaz na CAS – DP i na Děčínské doléčovací centrum
Poradní a setkávací centrum POSEC, Frýdlant**	-	-	-	-	+	+	-	

\* - provozuje odloučená pracoviště v Jilemnici a v Turnově.

\*\* - nabídka centra POSEC byla díky projektu IP1 „Služby sociální prevence v Libereckém kraji“ od 12. 6. 2012 rozšířena o služby poradenství poskytovaného pracovníky CAS Advaita, o. s., kteří zde poskytují služby každé úterý v sudém týdnu v době od 10:30 – 17:00 hod. (Zdroj: www.advaitaliberec.cz)

## Vybrané sociální služby

Formou vyhledávání na internetu identifikoval realizátor studie dalších 5 typů sociálních služeb, které by mohly službu následné péče pro uživatele návykových látek nebo některé její segmenty poskytovat. Rozhovor se podařilo vést s pracovníky všech 5 služeb (viz tab 16). Z toho je zřejmé, že spolu se specializovanými službami pro

uživatelé návykových látek jsou sociální služby – co se týká aktuálnosti informací přístupných na internetu včetně kontaktních údajů a dosažitelnosti po telefonu – pro zájemce o službu nejvíce dostupné.

Tab 16 – vybrané sociální služby v městech Libereckého kraje (zdroj: internetové portály s kontakty na pracoviště psychologů v ČR)

Město	Počet sociálních služeb (SS)	SS, v nichž byl proveden rozhovor
Liberec	3	3
Jablonec n. N.	-	-
Česká Lípa	2	2
Semily	-	-
<b>CELKEM</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

Z 5 kontaktovaných sociálních služeb poskytují v rámci následné péče pro absolventy léčby závislosti ubytovací respektive ubytovací a stravovací služby Azylový dům Návrat, o.p.s. v Liberci a Dům humanity a denní stacionář v České Lípě. Ambulantní poradenství v rámci následné péče si musí uživatelé ubytovacích služeb zmíněných poskytovatelů zajistit extemě, ale tyto služby jsou v obou městech dostupné. Všechny oslovené sociální služby vědí, kam zájemce o službu následné péče odkázat, podrobnější informace o službách následné péče měli pracovníci Domova sv. Moniky v Liberci.

Tab 17 – vybrané sociální služby – otázky poskytování následné péče a/nebo znalostí o jejich poskytování v Libereckém kraji

Poradenské služby	Službu NP poskytují				Službu NP neposkytují			Pozn.
	pro UD	pro UA	Poskytují bydlení?	Platí se poplatek? (Kč)	Vědí, kde NP sídlí?	Znají kontakt?	Mají info o NP?	
Dům na půl cesty Liberec, Most k naději, o. s.	-	-	-	-	+	-	-	Odkaz na <a href="http://www.advaita">www.advaita</a>
Azylový dům – Návrat, o.p.s. Liberec	+	+	+	50,- /den	+	-	-	Poskytují jen ubytování, pro poradenství musí klient docházet do CAS - DP
Domov sv. Moniky, Liberec	-	-	-	-	+	+	+	Odkaz na další služby ubytování
Dům humanity a denní stacionář, Česká Lípa	+	+	+	50,- /den	+	-	-	Jen služby ubytování a stravování
Ubytovna Dobranov, Česká Lípa	-	-	-	-	-	-	-	Do ambulantní NP odkazují do KC Č. Lípa, které ji neposkytuje

### 3.2.3 Dopravní dostupnost služeb následné péče

Různé typy existujících služeb následné péče v Libereckém kraji pracují pouze ve 4 městech – tj. v Liberci, Jablonci n. N., České Lípě a Semilech, ve Frýdlantu zřídilo CAS – DP Advaita, o. s. „detašované“ poradenské pracoviště, kde jsou ambulantní poradenské služby pro uživatele návykových látek dostupné 1 den za 14 dní. Vzhledem k tomu jsou zájemci o službu následné péče, kteří pocházejí z dalších měst a regionů Libereckého kraje nuceni za službami NP dojíždět.

Tato skutečnost může pro uživatele návykových látek představovat překážku ve využívání služby následné péče, protože nemusí být z různých důvodů ochotni za službou dojíždět. Významnou roli v otázce případného dojíždění může hrát především doba, kterou dojížděním stráví a cena, kterou za dopravu do místa poskytování služby zaplatí – tj. dopravní dostupnost služby. Proto se na otázku dopravní dostupnosti existujících služeb následné péče z jednotlivých regionů Libereckého kraje zaměřila i tato analýza. S využitím dat z jízdního řádu dostupného na internetu zpracovali realizátoři analýzy přehled vzdáleností mezi jednotlivými městy v kraji a městy, v nichž je dostupná služba následné péče, stejně jako udávanou dobu trvání cesty a cenu za jízdu prostředky hromadné dopravy (autobusem nebo vlakem, případně MHD) jedním směrem. Tento přehled uvádí v souhrnu následující tabulka.

Tab 18 – dopravní dostupnost služeb následné péče pro uživatele návykových látek v Libereckém kraji prostředky hromadné dopravy (zdroj: <http://jizdnirady.idnes.cz/vlakyautobusy/spojeni/>)

Město/region	Nejbližší ANP	Vzdálenost (km)	Čas (min)/jízdné (Kč) tam (bus/vlak)	Nejbližší služby ubytování	Vzdálenost (km)	Čas (min)/jízdné (Kč) tam (bus/vlak)
Cvikov	Česká Lípa	20	40/40,-	Česká Lípa	20	40/40,-
Česká Lípa	Česká Lípa	+ - 5	16,-	Česká Lípa	+ - 5	16,-
Český Dub	Liberec	24	59/33,-	Liberec	24	59/33,-
Doksy	Česká Lípa	20	35/31,-	Česká Lípa	20	35/31,-
Frýdlant	Liberec	26	27/42,-	Liberec	24	69/37,-
Hodkovice n. M.	Liberec	15	15/28,-	Liberec	15	15/28,-
Hrádek n. N.	Liberec	22	24/31,-	Liberec	22	24/31,-
Chrastava	Liberec	11	12/22,-	Liberec	11	12/22,-
Jablonec n.N.	Jablonec n.N.	+ - 5	22,-	Liberec	20	28/22,-
Jablonec v P.	Česká Lípa	27	30/44,-	Česká Lípa	27	30/44,-
Jilemnice	Semily	21	45/28,-	Liberec	60	128/61,-
Liberec	Liberec	+ - 5	22,-	Liberec	+ - 5	22,-
Lomnice n. P.	Semily	13	26/20,-	Liberec	45	93/56,-
Mimoň	Česká Lípa	17	35/24,-	Česká Lípa	17	35/24,-
Nové Město p. S.	Liberec	36	58/50,-	Liberec	36	58/50,-
Nový Bor	Česká Lípa	6	11/16,-	Česká Lípa	6	11/16,-
Rokytnice n. J.	Semily	27	95/47,-	Liberec	46	151/76,-
Semily	Semily	+ - 5	16,-	Liberec	47	70/49,-
Tanvald	Liberec	25	56/43,-	Liberec	25	56/43,-
Turnov	Semily	26	40/33,-	Liberec	26	37/57,-
Železný Brod	Semily	7	7/17,-	Liberec	52	58/74,-

Jak vyplývá z přehledu v tabulce, časová dostupnost ambulantní služby následné péče z 21 měst v Libereckém kraji se pohybuje v rozmezí 11 – 95 min., přičemž z většiny měst kraje je dostupná během nejvýše 30 min. (12), z 8 měst nejvýše do 1 hod. a pouze v případě Nového Města p. Smrkem zabere cesta do Liberce jedním směrem 1 hod. 35 min. Jak ale bylo uvedeno výše, v Poradenském a setkávacím centru POSEC ve Frýdlantu, který je Novému Městu p. S. cca o polovinu blíže (14km/27min./26,- Kč), než Liberec, je jeden den za 2 týdny k dispozici ambulantní poradenství pro uživatele návykových látek poskytované pracovníky CAS – DP Advaita, o. s. z Liberce.

Pokud by tedy zájemce o službu NP z Nového Města p. S. využíval výše uvedenou službu dostupnou ve Frýdlantu, z žádného z větších měst v Libereckém kraji by jednosměrná cesta za službou neměla klientovi zabrat více než 60 min. **To se pro časovou dostupnost služby typu následné péče pro uživatele návykových látek jeví jako přiměřené.** Stejně tak se jako přiměřená jeví **cena za jízdné, jež se v případě cesty jedním směrem pohybuje ve výši 16,- až 50,- Kč.**

Služby následné péče s pobytovou složkou jsou – vzhledem k jejich nižšímu počtu – časově dostupné o něco hůře. Ze tří měst trvá cesta více než 60 min., ze dvou více než 120 min. Nicméně, vzhledem k tomu, že se jedná o cestu do místa, kde klienti služby následné péče dočasně bydlí, nelze tuto skutečnost vnímat jako výraznou bariéru v dostupnosti služby. Jak již bylo zmíněno, uživatelé návykových látek po léčbě nezřídko využívají těchto typů služeb v mnohem vzdálenějších místech od místa jejich trvalého bydliště.

### 3.2.4 Shrnutí

Z provedeného šetření vyplývá, že služby následné péče pro uživatele návykových látek, respektive jejich dílčí segmenty neposkytuje v Libereckém kraji pouze jediné specializované pracoviště Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s. v Liberci, ale i jiní poskytovatelé pomáhajících služeb. Jde nejméně o 4 psychiatrické ambulance/ordinace (a celkem 7 lékařů – psychiatrů, 1 psychoterapeutku nelékařku) v České Lípě, v Liberci a v Semilech, o 3 psychologické poradny, 1 Poradnu pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy a 2 sociální služby. CAS – DP Advaita, o. s. navíc rozšířilo své služby o poskytování „dojíždějících“ ambulantních poradenských služeb pro uživatele NL do Poradenského a setkávacího centra POSEC ve Frýdlantu v rozsahu 1 den za 2 týdny. Regionální distribuci služeb následné péče v Libereckém kraji ilustruje v souhrnu následující tabulka.

Tab 19 – regionální distribuce pomáhajících služeb poskytujících služby následné péče pro uživatele návykových látek v Libereckém kraji

Město	Služby pro UNL	Psychiatrické ordinace	Psychologické ordinace	Další typy poraden	Vybrané sociál. služby
Liberec	1	2	1	-	1**
Jablonec n. N.	-	-	1	1*	-
Česká Lípa	-	1****	1	-	1**
Semily	-	1	-	-	-
Frydlant	-***				
<b>CELKEM</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

\* - pouze pro uživatele alkoholu; \*\* - jen služby ubytování případně stravování, ambulantní poradenství si musí uživatel zajistit externě; \*\*\* - POSEC – 1x za 14 dní dojíždějící poradenské služby CAS Advaita, o. s. Liberec; \*\*\*\* - Česká Lípa – k dispozici jsou 4 lékaři-psychiatři a 1 psychoterapeutka v rámci jedné psychiatrické ordinace.

Z provedeného šetření lze usuzovat, že **současná nabídka služeb následné péče** v obou formách – tj. ambulantní i s doprovodným ubytováním - **je v Libereckém kraji** relativně **přiměřená poptávce** po ní **a služby jsou** pro potenciální zájemce o ně **dostupné** – byť ne vždy v jejich komplexní podobě - bez zbytečného prodlení **v místě, čase i z hlediska finančního**.

To lze nicméně tvrdit pouze v kontextu pojmu tzv. **minimální sítě služeb**. Stávající služby následné péče v Libereckém kraji nelze považovat za provázanou a spolupracující tzv. **optimální síť**. Aby bylo možné mluvit o optimální síti služeb následné péče:

- a) měli by mít uživatelé návykových látek možnost většího výběru služeb podle svých specifických potřeb a preferencí (tj. možnost vybrat si mezi zdravotnickým případně nezdravotnickým typem služby NP s ohledem na jejich regionální dostupnost);
- b) existující nezdravotnické i zdravotnické služby v Libereckém kraji by mezi sebou měly spolupracovat. Tj. měly by o sobě vědět – včetně toho, co která služba a za jakých podmínek pro cílovou skupinu poskytuje - a vzájemně si referovat klienty v případech, že jim samy nejsou schopny poskytnout všechny služby podle jejich individuálních potřeb<sup>7</sup>.

Podrobněji viz kapitola 5.1 Doporučení úprav sítě služeb.

<sup>7</sup> To je mj. jeden ze standardů odborné způsobilosti služeb pro uživatele NL respektive sociálních služeb MPSV, na zdravotnická zařízení/služby ovšem podobný požadavek uplatňován není, protože pro ně standardy nejsou závazné.

### 3.3 Návaznost na další sociální, zdravotnické a jiné související služby

V této kapitole jsou popsány překážky na dvou - tj. na systémové a individuální - úrovních, které mohou bránit a/nebo limitovat spolupráci mezi pracovníky zdravotních, sociálních a jiných souvisejících služeb v oboru závislostí nejenom v Libereckém kraji. V diskusi k uvedeným překážkám jsou stručně zhodnoceny poznatky o zkušenostech pracovníků služeb následné péče v Libereckém kraji s návazností a spoluprací s pracovníky dalších služeb.

Jak již bylo argumentováno, služba následné péče pro uživatele návykových látek tvoří komplex zdravotně sociálních služeb, jež vycházejí z postupně mapovaného souhrnu celé řady potřeb jejích uživatelů, jež se nicméně mohou individuálně lišit. To klade na pracovníky pomáhajících služeb, které poskytují služby následné péče, velké nároky. Pracovníci služeb následné péče by měli buď vládnout řadou specifických znalostí a dovedností jak z oboru zdravotní péče, tak sociálních služeb pro:

**a) poskytování služeb „pod jednou střechou“ a/nebo vytvářet**

**b) sítě spolupracujících služeb** různých typů (zdravotních a sociálních), které svým klientům poskytují služby pouze ve vztahu k jejich dílčím potřebám a specifické situaci v sociální a/nebo zdravotní oblasti.

To jsou pravděpodobně dva hlavní postupy, které lze v oboru léčby závislostí a poskytování následné péče pro uživatele návykových látek použít. **Jejich praktická realizace** nicméně v praxi – včetně té, týkající se existence a fungování služeb v Libereckém kraji – **naráží na řadu překážek** jak **na úrovni systémové** (nebo strukturální), **tak i na úrovni individuální**, tj. na úrovni jednotlivých služeb, jejich pracovníků, ale i klientů.

#### **Překážky na systémové úrovni**

**Hlavní překážkou** pro vytvoření komplexní služby následné péče pro uživatele návykových látek (viz varianta a) a/nebo sítě spolupracujících zdravotních a sociálních služeb (viz varianta b) **je přetrvávající striktní dělení mezi sociálními službami a službami zdravotní péče**, ale **i rozdělování služeb podle typu užívané návykové látky** (tj. pro uživatele nelegálních drog, pro uživatele alkoholu a/nebo pro kuřáky tabákových výrobků). **Toto** – výzkumem nepodložené a proti trendu integrace služeb v oboru adiktologie jdoucí – **dělení služeb se** v praxi mj. **promítá do:**

- **stávajícího financování služeb pro uživatele návykových látek:**



- **ústřední státní orgány deklarují, že přispívají jen na vybrané segmenty** komplexních poskytovaných **služeb**<sup>8</sup> - tj. resort zdravotnictví pouze na poskytování zdravotnických služeb, resort práce a sociálních věcí na sociální služby, RVKPP na tzv. mezioborové služby, tedy ty, jež se nedají zařadit do předešlých dvou skupin služeb. Přitom jednotlivé segmenty poskytovaných služeb nejsou jasně definovány a ohraničeny, v některých případech se překrývají, v jiných naopak nejsou podporovány ani z jednoho zdroje.
- **dotlační politika některých ústředních státních orgánů přímo podporuje separaci služeb** pro uživatele návykových látek podle jejich typů – např. zvýhodňování služeb, které se zaměřují na dlouhodobé uživatele konopných drog (RVKPP) nebo podpora tzv. Středisek pro odvykání kouření [tabákových výrobků<sup>9</sup>] (MZ ČR). Tyto postupy jdou proti výzkumem podloženým poznatkům, na něž se dosud jediná existující strategie veřejné zdravotní a sociální politiky vlády ve vztahu k prevenci závislostí a jejích dopadů – tj. národní protidrogová politika – odvolává. **Jdou ale i proti trendu integrace služeb pro osoby ohrožené závislostmi** (tj. že by jedno pracoviště mělo být schopno poskytnout klientovi odpovídající odborné služby bez ohledu na to, v důsledku jakého rizikového či problémového chování s potenciálem vzniku a rozvoje závislosti přichází), který prosazují odborné společnosti v oboru adiktologie<sup>10</sup>.
  - jedním z důsledků přetrvávajícího trendu separace služeb pro uživatele NL podle typu užívané látky je skutečnost, že **stávající služby následné péče** s doprovodným bydlením, **provazované zejména nestátními neziskovými organizacemi, jsou oficiálně dostupné pouze pro uživatele nelegálních drog** (požadavek RVKPP s ohledem na omezené finanční prostředky). Pro uživatele alkoholu tyto služby de facto neexistují, snad s výjimkou nově otevřených služeb s finanční podporou ESF<sup>11</sup>. S ohledem na to, uživatelé alkoholu o služby následné péče s doprovodným bydlením žádají spíše jen výjimečně, jinak by poptávka po tomto typu služeb patrně vysoce převyšovala jejich stávající kapacitu, což se ale v současnosti neděje.

<sup>8</sup> paradoxně je přitom komplexní charakter služeb podmínkou pro možnost získání dotace od všech uvedených orgánů státní správy – viz Standardy odborné způsobilosti pro uživatele NL (RVKPP, 2005).

<sup>9</sup> vloženo autorem zprávy.

<sup>10</sup> Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně a Česká asociace adiktologů.

<sup>11</sup> Viz např. projekt Následná péče EU WHITE LIGHT I v Teplicích pro osoby ohrožené všemi typy závislosti.

- **na finanční podporu služeb** pro uživatele návykových látek poskytovaných formou jednoročních dotací navíc **není právní nárok** a tento způsob financování nedává poskytovatelům služeb záruky stabilní výše finančních prostředků. K dotacím od výše uvedených ústředních státních orgánů není pro všechny poskytovatele služeb rovný přístup (např. poskytovatelé s některými formami právní subjektivity jsou z možnosti žádat o dotace vyloučeni).
- **některé** v praxi realizované **výkony zdravotní péče** poskytované zdravotnickými pracovišti dosud **nejsou definovány** a tudíž ani **hrazeny z veřejného zdravotního pojištění** (např. podávání Antabusu či „doléčování“ – byť to lze podle názoru psychiatra s odborností AT vykazovat jako standardní psychiatrickou péči<sup>12</sup>).
- **dosud nejsou definovány výkony pro** nově vzniklý **nelékařský zdravotnický obor adiktologie**, jehož absolventi by měli mít možnost část zdravotnických výkonů, které nezbytně nemusí provádět lékař, nejenom vykonávat, ale i je mít hrazené z veřejného zdravotního pojištění. To do budoucna představuje příležitost v podobě dosud nevyužívaného zdroje finančních prostředků hrazených z veřejných rozpočtů pro stávající sociální (v případě, že se akreditují i jako adiktologické) či případně nově vzniklé adiktologické služby. Ty by např. v adiktologických nelekářských ambulancích mohly některé segmenty následné péče pro uživatele NL rovněž poskytovat a tím jejich dostupnost zvýšit. Na návrhu chybějících výkonů v oboru adiktologie v současné době spolupracuje Česká asociace adiktologů a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. Ty již zpracovaly první návrhy, které prodiskutovaly s příslušnými pracovníky MZ ČR a zdravotních pojišťoven. Odborné společnosti na základě dosud absolvovaných jednání očekávají, že by adiktologické výkony mohly být zavedeny do praxe nejdříve od r. 2014.
- **přetrvávající dělení veřejné zdravotní a sociální politiky zaměřené na užívání návykových látek**, jež deklaruje, že usiluje o ochranu (společnosti i jednotlivců<sup>13</sup>) před škodlivými dopady užívání alkoholu, tabákových výrobků a jiných návykových

<sup>12</sup> osobní komunikace s MUDr. Dušanem Randákem, vedoucím ambulance pro alkoholové závislosti Kliniky adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze. Podle něj lze využívat stávající kódy pro obor psychiatrie - Komplexní psychiatrické vyšetření 35021, cílené psychiatrické vyšetření 35022, kontrolní psychiatrické vyšetření 35023, psychoterapie individuální 35520, psychoterapie skupinová 35610 minimální kontakt s lékařem 09511, alko-test 38210.

<sup>13</sup> vloženo autorem zprávy.

látek (viz zák. č. 379/2005 Sb.) – v praxi existuje národní strategie protidrogové politiky (primárně ve vztahu k nelegálním návykovým látkám), nikoli však strategie či koncepce prevence negativních dopadů užívání legálních návykových látek (zejména alkoholu). Ta by však neměla vznikat odděleně, jak v současné době zvažuje MZ ČR, ale měla by být nedílnou součástí „národní veřejné politiky prevence závislosti“<sup>14</sup> (do níž by měla být navíc zahrnuta jak témata spojená s užíváním legálních i nelegálních návykových látek, tak i s patologickým hráčstvím).

- **na poskytovatele zdravotních a sociálních služeb pro UNL nejsou kladeny stejné nároky** – viz např. Standardy odborné způsobilosti pro služby pro UNL (RVKPP) a Standardy sociálních služeb (MPSV), jejichž naplnění je podmínkou pro získání finančních prostředků z veřejných (dotačních) zdrojů. Pro služby zdravotní péče podobné standardy nejsou, absolvování certifikací RVKPP je v jejich případě dobrovolné a v případě Libereckého kraje je žádné zdravotnické zařízení neabsolvovalo.
  - proto např. nemusejí zdravotnická zařízení mapovat sítě spolupracujících služeb a navazovat s nimi spolupráci ve prospěch svých klientů, jak to po sociálních službách nejen pro uživatele NL požadují standardy RVKPP i MPSV. To je pravděpodobně jedním z důvodů, proč měly v průzkumu oslovené psychiatrické ambulance/ordinace tak nízkou míru povědomí o nabídce následné péče poskytované nestátními nezdravotnickými poskytovateli služeb v Libereckém kraji.
  - zdravotnická zařízení na rozdíl od sociálních služeb nejsou povinna zpřístupňovat podrobnější informace o jimi poskytovaných službách, o cílových skupinách, o indikaci pro poskytované služby, o ceně služeb atd. a s ohledem na to jsou jimi poskytované služby potenciálním zájemcům o ně méně dostupné. Mj. od nich není – na rozdíl od sociálních služeb – požadováno, aby veřejně informovali o skupinách potenciálních klientů, jimž služby neposkytují, ač do jejich širší cílové skupiny spadají a proč (viz obor psychiatrie vs. závislosti, jimiž se část z oslovených psychiatrických ambulancí/ordinací v Libereckém kraji podle informací získaných v průzkumu nezabývá).
  - jiný příklad, který má pravděpodobně přímý dopad na míru poptávky po službách následné péče pro závislé uživatele podle typu absolvované pobytové léčby

---

<sup>14</sup> Pracovní název navržený autorem zprávy při úvodní diskusi k Akčnímu plánu protidrogové politiky na období 2013-2015 svolané sekretariátem RVKPP.

a/nebo užívané látky - terapeutické komunity, z nichž je převážná většina provozována NNO a tudíž musejí absolvovat certifikace RVKPP, musejí v průběhu pobytové léčby pracovat s klienty – nejčastěji s uživateli nelegálních drog - v rámci bio-psycho-sociálního přístupu. Součástí léčby tak není pouze motivace k abstinenci a upevnění denního režimu, ale s klienty se řeší řada otázek jako jejich sociální situace, mapování a zahájení splácení dluhů, zlepšování vztahů s blízkými osobami, v intenzivní skupinové psychoterapii či poradenské práci s klienty se otevírá řada témat, jejichž řešení si vyžaduje delší čas, někdy i zkušenost s životem mimo chráněné prostředí komunity, součástí programu je i prevence relapsu atd. Absolventi TK jsou tak na služby následné péče lépe připraveni v tom smyslu, že mají jasnější představu o podobě následné péče respektive o své zakázce, tj. co od služby následné péče potřebují. Oproti tomu v psychiatrických léčebnách, v nichž je léčba kratší a méně intenzivní než v komunitách, jsou některé komponenty bio-psycho-sociálního přístupu buď opomenuty nebo je jim věnována pozornost okrajově. Absolventi PL tak mají o podobě následné péče respektive o své zakázce, co by v jejím rámci potřebovali, mlhavou představu a proto často službu následné péče po absolvování léčby nevyhledávají a/nebo z programu následné péče předčasně vypadávají.

### **Překážky na individuální úrovni**

Poskytování služeb následné péče **a) „pod jednou střechou“** a/nebo formou vytváření **b) sítě spolupracujících služeb** pro poskytování a/nebo zajištění komplexních služeb reagujících na individuální potřeby klientů mohou bránit i bariéry na úrovni individuální, tj. na úrovni jednotlivých služeb, jejich pracovníků, ale i (potenciálních) klientů. K těm hlavním překážkám na této úrovni pravděpodobně patří:

- **striktní dělení mezi sociálními službami** a službami zdravotní péče, ale i **rozdělování služeb** pro uživatele návykových látek **podle typu užívané látky**, jež je podporováno na systémové úrovni, **je hluboce zakořeněno i v myslích pracovníků, ale i klientů služeb:**
  - v tomto ohledu může hrát roli i v ČR – na rozdíl od jiných západoevropských zemí – stále velmi nízký společenský status sociálních pracovníků, které i díky historickému vývoji a dědictví z dob minulého režimu nevnímají všichni pracovníci ve zdravotnictví jako rovnoprávné partnery v poskytování služeb pro uživatele NL, jež byly v minulosti poskytovány výhradně zdravotnickým personálem. To může

přispívat k nízké míře komunikace a spolupráce mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, jež se v převážné míře omezuje na několik málo „osvícených“ lékařů či lékařek. Proto bývá vzájemná spolupráce často navázána na základě osobních vazeb spíše než na institucionální rovině – s čímž se lze setkat i v Libereckém kraji.

- **podobně nerovné příležitosti a rozdílné nároky na různé profesní skupiny a/nebo poskytovatele služeb**, jež jsou dosud uplatňovány na systémové úrovni, přetrvávají i na úrovni individuální:
  - nerovné příležitosti a rozdílné nároky mohou v myslích pracovníků ve zdravotnictví utužovat jistý pocit nadřazenosti nad pracovníky sociálních služeb pro uživatele návykových látek, z nichž je velká část zřizována nestátními neziskovými organizacemi. Ty rovněž nemají v ČR dlouhou tradici a stále jsou velkou částí laické, ale i odborné veřejnosti vnímány spíše jako zájmová sdružení, než jako poskytovatelé odborných a profesionálních služeb pro danou cílovou skupinu a tudíž jako rovnocenný partner pro pracovníky ve zdravotnictví. To může představovat další možnou překážku vzájemné komunikace a spolupráce mezi zdravotnickým a sociálním sektorem v oboru závislostí.
  - další možnou překážkou vzájemné komunikace a spolupráce mohou být vzájemné předsudky a stereotypy nejen ze strany zdravotnických vůči sociálním pracovníkům, ale i ze strany pracovníků v sociálních službách vůči pracovníkům ve zdravotnictví.
- **předsudky či neznalosti o skupině závislých** uživatelů návykových látek **a/nebo špatné zkušenosti s nimi** mohly přispět k tomu, že někteří pracovníci psychiatrických ambulancí/ordinací se poskytováním služeb této cílové skupině nezabývají nebo ji poskytují odmítají.
- v odmítání cílové skupiny uživatelů návykových látek pracovníky psychiatrických ambulancí/ordinací mohou hrát roli rovněž otázky **ekonomické výhodnosti poskytování služeb pacientům s jinými psychiatrickými diagnózami**, kteří mohou být v řadě ohledů i snazší cílovou skupinou, než uživatelé návykových látek.
- malá atraktivita poskytování služeb uživatelům návykových látek (viz výše) vedla pravděpodobně v Libereckém kraji k tomu, že jim své služby nabízí jen **omezený počet psychiatrických ambulancí/ordinací**, ale i poskytovatelů **jiných služeb**

**zdravotní péče** (zubní lékaři, gynekologové atd.), což v důsledku **vede k dlouhým čekacím lhůtám**, jež musejí klienti služeb následné péče absolvovat.

### **Shrnutí**

Ze zjištění získaných v realizovaném šetření a prezentovaných v předcházejících částech zprávy vyplývá, že návaznost a spolupráce mezi stávajícími službami (nejenom) následné péče pro uživatele návykových látek a relevantními psychiatrickými, psychologickými, poradenskými a/nebo sociálními službami v Libereckém kraji je na velmi různorodé úrovni a lze v ní identifikovat prostor pro zlepšení.

- nejlépe jsou o nabídce specializované následné péče pro uživatele NL poskytované v Libereckém kraji CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci, informování dotazovaní pracovníci dalších typů poradenských pracovišť, z nichž většina služby pro uživatele NL neposkytuje.
- z pracovníků psychiatrických ambulancí/ordinací jsou o službách následné péče nejlépe informováni ti lékaři-psychiatři, kteří uživatelům návykových látek své služby poskytují. Ti si – na rozdíl od dalších lékařů-psychiatrů – vědí i rady s tím, jak a kde zájemcům o službu následné péče externě zajistit i poptávané ubytovací služby.
- omezený počet lékařů-psychiatrů, kteří uživatelům návykových látek své služby v Libereckém kraji poskytují, vede k delším čekacím lhůtám na jejich služby pro klienty služeb následné péče. Tomu např. CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci předchází díky úzké spolupráci s MUDr. Taušovou v oblasti zajišťování psychiatrické péče pro své klienty.
- rozhovory s pracovníky kontaktních center pro uživatele návykových látek a dalších dotazovaných typů sociálních služeb vedou k závěru, že spolupráce mezi nimi a specializovanou službou následné péče CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci není příliš intenzivní.
- předsudky a neznalosti o uživatelích návykových látek mezi lékaři dalších odborností (zubní lékaři, gynekologové atd.) vedou k tomu, že část z nich odmítá uživatele návykových látek přijímat, čímž se pro klienty následné péče opět prodlužuje lhůta, kterou musí strávit čekáním na omezeně dostupnou zdravotní péči. Někteří tuto překážku obcházejí tím, že zamlčují svoji závislost na užívání

návykových látek, což jim někdy působí problémy (např. craving po lokálním umrtvení zubů při ošetření u zubního lékaře).

- přes výše uvedené limity se specializované službě následné péče CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci relativně daří externí zdravotní a sociální služby pro jejich klienty zajišťovat.

## 4 Analýza potřebnosti služeb a prognóza do r. 2017

V této kapitole jsou na základě zjištění z realizovaného průzkumu a dalších analytických prací prezentovány slabé a silné stránky, příležitosti a hrozby současného stavu a kvality služeb následné péče v Libereckém kraji. Dále jsou diskutovány výstupy z analýzy potřebnosti služeb a prognóza pravděpodobného vývoje s výhledem do roku 2017.

### 4.1 SWOT analýza stavu a kvality sítě služeb následné péče

SWOT analýza je jednoduchý analytický nástroj, který je používán v procesu strategického plánování různých typů opatření. V kontextu této zprávy se zaměřuje na zhodnocení stavu a kvality služeb následné péče pro uživatele návykových látek v Libereckém kraji. Zkratka SWOT je anglického původu a skrývá v sobě tato slova:

- **silné stránky** (od slova Strengths), jež se v rámci analýzy vztahují k současnosti a poskytují odpověď na otázku: co se nám daří? V čem jsme dobří? Vztahují se k okolnostem, jež je v silách účastníků poskytování a/nebo zajišťování služeb následné péče pro uživatele návykových látek přímo ovlivnit jejich aktivitami.
- **slabé stránky** (Weaknesses) – rovněž se vztahují k současnosti a poskytují odpověď na otázku: co se nám nedaří? Co nám nejde? Vztahují se k okolnostem, jež je v silách účastníků poskytování a/nebo zajišťování služeb následné péče pro uživatele návykových látek přímo ovlivnit jejich aktivitami.
- **příležitosti** (Opportunities) – vztahují se k budoucnosti, pomáhají odpovědět na otázku: co můžeme při plánování našich opatření v budoucnu využít? a nejsou účastníky poskytování a/nebo zajišťování služeb následné péče pro uživatele návykových látek přímo ovlivnitelné.
- **hrozby** (Threats) – někdy též označované jako rizika. Vztahují se k budoucnosti, pomáhají odpovědět na otázku: co může realizaci námi plánovaných opatření v budoucnu ohrozit? a nejsou účastníky poskytování a/nebo zajišťování služeb následné péče pro uživatele návykových látek přímo ovlivnitelné.

SWOT analýza situace v oblasti léčba a resocializace 2010 byla pracovníky KÚ LK a dalších spolupracujících subjektů použita při přípravě a tvorbě Akčního plánu protidrogové politiky Libereckého kraje na období 2010 – 2012. Do analýzy a této zprávy byla zařazena na základě požadavku v zadání a je udělána z pozice KÚ LK, tedy toho,



co by podle názoru zpracovatele analýzy pracovníci, kteří jsou v Libereckém kraji zapojeni do realizace protidrogové politiky a do poskytování služeb následné péče pro uživatele návykových látek mohli (silné a slabé stránky) svými aktivitami ovlivnit, jaké příležitosti přitom využít a jaká rizika by měli při plánování svých aktivit vzít v potaz (příležitosti a hrozby).

SWOT analýza využívá metodu brain-storming, tj. jsou v ní uvedeny informace, které zpracovatel získal při analýze dat získaných od respondentů i z dalších zdrojů, a jež považuje za nejpodstatnější. Následující přehled slabých a silných stránek, hrozeb a příležitostí tudíž nemusí být nutně jejich vyčerpávajícím výčtem.

Tab. 20 – SWOT analýza stavu a kvality služeb následné péče v Libereckém kraji

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> <li>• existující služby následné péče dostupné v okresních městech – tj. v České Lípě, Liberci a Semilech</li> <li>• dobrá dopravní i finanční dostupnost služeb NP</li> <li>• dostupnost ubytovacích kapacit pro klienty NP ze strany dalších sociálních služeb</li> <li>• certifikace odborné způsobilosti služeb CAS – DP tj. jsou poskytovány dle standardů</li> <li>• kvalifikovaný a zkušený personál CAS – DP</li> <li>• finanční a koordinační podpora LK</li> <li>• krajská protidrogová koordinátorka</li> <li>• existence pracovní skupiny pro léčbu a resocializaci při Protidrogové komisi Rady LK</li> <li>• investice KÚ LK do analýzy dostupnosti služeb</li> <li>• plán rozvoje sociálních služeb LK – finaiční podpora služeb</li> <li>• existence Akčního plánu protidrogové politiky LK na období let 2010-2012</li> <li>• spolufinancování služeb pro uživatele NL z rozpočtů LK a obcí LK</li> <li>• existence Katalogu sociálních služeb LK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nízká dostupnost služeb NP ze strany psychiatrických ordinací/ambulancí a dalších potenciálních poskytovatelů</li> <li>• nízká dostupnost informací o službách poskytovaných zdravotnickými a/nebo psychologickými pracovníky</li> <li>• nízké povědomí o závislostech a službách NP v kraji mezi lékaři-psychiatry a dalšími lékaři specialisty</li> <li>• vzájemné předsudky a stereotypy mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb a naopak</li> <li>• překážky na individuální úrovni, jež brání poskytování služeb uživatelům NL a mezioborové a mezisektorové spolupráci</li> <li>• nekoordinovaný postup odborů zdravotnictví a sociálních služeb KÚ LK v zajišťování služeb pro uživatele NL</li> </ul>
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> <li>• změna dotačního systému RVKPP*</li> <li>• rozvoj oboru adiktologie, trend integrace služeb pro uživatele NL a snaha zavést adiktologické výkony hrazené zdravotní pojišťovnou od r. 2014</li> <li>• novelizace zák. č. 379/2005 Sb., - ujasnění odpovědností a kompetencí různých úrovní veřejné správy v koordinaci a financování protidrogové politiky*</li> <li>• posun od národní protidrogové politiky k národní politice prevence závislostí a k integraci služeb pro uživatele NL</li> <li>• změna v přístupu nerovných příležitostí pro a různých nároků na služby pro uživatele NL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• změna dotačního systému RVKPP*</li> <li>• přetrvávající trend separace služeb pro uživatele NL podle typů užívaných látek</li> <li>• přetrvávající trend nerovných příležitostí pro a různých nároků na služby pro uživatele NL podle resortů a právní formy poskytovatelů</li> <li>• ukončení individuálních projektů, jež spolufinancovaly služby NP</li> <li>• trend snižování dotací pro služby pro uživatele NL od ústředních státních orgánů</li> <li>• novelizace zák. č. 379/2005 Sb., - neujasnění odpovědností a kompetencí různých úrovní veřejné správy v koordinaci a financování protidrogové politiky*</li> <li>• nezájem zdravotníků o poskytování ambulantních AT služeb či zdravotní péče uživatelům drog</li> <li>• „nepřipravenost“ absolventů léčby závislosti (nejčastěji na alkoholu) v PL na následnou péči</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• negativní vnímání služeb pro uživatele NL laickou i zdravotnickou veřejností a politiky</li> </ul>
--	---

\* - pozn. – *tatáž položka může v kontextu SWOT analýzy představovat příležitost i hrozbu, proto je v daném případě uváděna v obou sloupcích.*

**Silné stránky** – v Libereckém kraji existují služby následné péče dostupné v okresních městech – tj. v České Lípě, Liberci a Semilech. Dopravní i finanční dostupnost služeb následné péče v kraji je na relativně dobré úrovni, až na jednu výjimku jsou ambulantní služby NP dostupné ze všech regionů kraje při cestování hromadnou dopravou do 60 min. Kromě specializované služby CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci jsou v kraji dostupné i další ubytovací kapacity pro klienty NP poskytované dalšími sociálními službami. Služby poskytované CAS – DP naplňují Standardy odborné způsobilosti pro služby pro uživatele návykových látek, pracuje v nich kvalifikovaný a zkušený personál. V KÚ LK pracuje krajská protidrogová koordinátorka, LK finančně podporuje služby pro uživatele NL a koordinuje jejich poskytování. V kraji je pracovní skupina pro léčbu a resocializaci při Protidrogové komisi Rady LK, která se podílí na formulaci Akčního plánu protidrogové politiky LK na další období. LK investuje do analýzy dostupnosti služeb následné péče pro uživatele návykových látek, zpracovává plán rozvoje sociálních služeb LK, který se službami následné péče pro uživatele NL počítá, stejně jako s jejich finanční podporou. V kraji se na spolufinancování služeb pro uživatele NL podílejí ze svých rozpočtů nejenom LK, ale i obce. Informace o existujících sociálních službách jsou pro potenciální zájemce o ně obsaženy v Katalogu sociálních služeb LK.

**Slabé stránky** – služby následné péče pro uživatele návykových látek poskytuje jen malá část v kraji existujících psychiatrických ordinací/ambulancí a dalších potenciálních poskytovatelů segmentů služeb následné péče, proto je dostupnost služeb ambulantní následné péče nižší, než by mohla být. Nízká je i dostupnost informací o službách a cílových skupinách služeb poskytovaných zdravotnickými a/nebo psychologickými pracovníky pro případné zájemce o službu následné péče. Část lékařů-psychiatrů, ale i dalších lékařů specialistů má pravděpodobně nízké povědomí o závislostech a z toho plynoucí předsudky vůči uživatelům návykových látek působí jako překážka v dostupnosti jimi poskytované zdravotní péče pro tuto cílovou skupinu. Navazování a rozvoji vzájemné spolupráce mezi pracovníky příslušných zdravotnických pracovišť a existujících sociálních služeb pro uživatele návykových látek v kraji nezdědka brání vzájemné předsudky a stereotypy mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb a naopak. Poskytování služeb uživatelům NL a mezioborové a mezisektorové spolupráci

v některých případech brání i další typy překážek na individuální úrovni. Zdá se, že zvyšování dostupnosti služeb následné péče v kraji mj. brání i nekoordinovaný postup odborů zdravotnictví a sociálních služeb KÚ LK v zajišťování služeb pro uživatele NL.

**Příležitosti** - jednou z nich může být avizovaná a dlouhodobě diskutovaná změna dotačního systému RVKPP (i když ani žádná nemusí nastat, protože úkol změnit stávající dotační systém ukládala již Národní strategie protidrogové politiky 2005 – 2009, přesto ke změně nedošlo), v případě, že bude nastaven pro všechny účastníky srozumitelný a transparentní systém spolufinancování služeb pro uživatele návykových látek z různých zdrojů a úrovní veřejné správy a/nebo veřejných rozpočtů. K dalším příležitostem patří rozvoj oboru adiktologie a snaha v něm zainteresovaných subjektů vytvořit, vyjednat se zdravotními pojišťovnami a zavést do praxe adiktologické výkony hrazené zdravotními pojišťovnami. To by pro služby pro uživatele NL (nejen) v Libereckém kraji mohlo představovat další zdroj rozpočtových příjmů – ovšem za podmínky akreditace jako částečně zdravotnické – adiktologické – služby, což v případě CAS - DP připadá v úvahu. Příležitost představuje i v současnosti probíhající diskuse a jednání ohledně novelizace zák. č. 379/2005 Sb., ovšem za předpokladu, že v ustanoveních o koordinaci protidrogové politiky ujasní odpovědnosti a kompetence různých úrovní veřejné správy v koordinaci a financování protidrogové politiky (např. ve formě stanovení podílu spolufinancování stát : kraj : města/obce vůči různým typům drogových služeb např. podle jejich územní působnosti). Další možnou příležitostí pro zlepšení stávající situace služeb následné péče v LK představuje možný posun od národní protidrogové politiky k národní politice prevence závislostí a k integraci služeb pro uživatele NL. Tento krok by mohl vést k navýšení výše finančních prostředků úměrně rozšíření stávající cílové skupiny uživatelů nelegálních drog na všechny osoby ohrožené závislostmi (tj. včetně uživatelů alkoholu a/nebo patologických hráčů). Jako příležitost lze vnímat i případnou změnu ve stávajícím přístupu nerovných příležitostí pro a různých nároků na poskytovatele služeb pro uživatele NL podle formy jejich právní subjektivity. To by mohlo vyústit v jistou formu „soutěže“ o kvalitu poskytovaných služeb a přispět tak k jejímu zvyšování u všech typů služeb pro uživatele návykových látek.

**Hrozby** – jednu z nich představuje avizovaná a plánovaná změna dotačního systému RVKPP. Ta buď nemusí nastat (vláda nesplnila úkol změnit stávající systém dotací uložený již v Národní strategii protidrogové politiky 2005 – 2009) nebo může jít o změnu k horšímu, např. v tom smyslu, že služby pro uživatele návykových látek v Libereckém

kraji budou na zabezpečení své činnosti z centrálního rozpočtu získávat menší objem finančních prostředků. Hrozbu představuje i přetrvávající trend separace služeb pro uživatele NL podle typů užívaných látek, v jehož důsledku jsou ve veřejných rozpočtech rozdělovány zdroje na financování služeb podle typu užívané látky (např. poradny pro odvykání kouření) a takto koncipované služby jsou dražší respektive méně cost-efektivní, než služby integrované, tj. pro cílové skupiny osob ohrožených různými typy závislostmi, jež může poskytovat jeden tým místo několika týmů. Podobnou hrozbou je přetrvávající trend nerovných příležitostí pro a různých nároků na služby pro uživatele NL podle resortů a právní formy poskytovatelů, v jehož důsledku může výrazně kolísat kvalita služeb poskytovaných různými právními subjekty a typy služeb, což může zpětně snižovat subjektivní dostupnost poskytovaných služeb (např. „*nejednají tam se mnou s respektem a důstojností, už tam nepůjdu*“). Aktuální hrozbou je ukončení individuálního projektu (IP), jenž přispíval ke spolufinancování existující služby následné péče v kraji. Hrozbu představuje i pokračující snižování dotací pro drogové služby od ústředních státních orgánů, zejména od RVKPP. Další hrozbu představuje probíhající diskuse k novelizaci zák. č. 379/2005 Sb. To zejména v případě, že přes podněty adresované MZ ČR jako hlavnímu garantu novelizace, nedojde v novelizované verzi k ujasnění odpovědností a kompetencí různých úrovní veřejné správy v koordinaci a financování protidrogové politiky (např. formou stanovení podílu finančních prostředků, jimiž se mají jednotlivé úrovně veřejné správy podílet na financování služeb). Další hrozbu představuje nezáměr zdravotníků o poskytování ambulantních AT služeb, např. z důvodu údajných nízkých plateb za výkony s touto cílovou skupinou nebo obtížnosti práce s nimi. Podobně obtížné je i zprostředkovávat uživatelům drog odbornou zdravotní péči – např. psychiatrickou, zubařskou, gynekologickou. To představuje riziko pokračujícího snižování dostupnosti ambulantní péče pro uživatele návykových látek v jednotlivých městech kraje. Absolventi krátkodobé (zpravidla 3 – 4 měsíční) pobytové léčby závislosti na alkoholu v psychiatrických léčebnách (kde jsou stále převládající částí cílové skupiny) nejsou na služby následné péče „připravení“. Léčebny nemusejí absolvovat certifikace služeb pro uživatele NL a v poskytované péči se omezují především na medicínský přístup v léčbě závislosti, psychoterapie a sociální práce je realizována zpravidla ve velmi redukované podobě. Absolventi léčby v PL, přestože je jim následná péče/doléčování v léčebnách doporučováno, tak nemají příliš jasno, co a proč by měli od následné péče očekávat, tj. jakou by měli mít zakázku ve vztahu k poskytovaným službám. V důsledku toho tuto službu až na výjimky nepoptávají a/nebo

z ní předčasně vypadávají. V neposlední řadě jsou služby pro uživatele návykových látek - zejména ty, poskytované NNO - negativně vnímány laickou, ale i částí zdravotnické veřejnosti a některými politiky. V důsledku nemusejí být někteří komunální politici ochotní na spolufinancování těchto služeb v kraji přispívat.

Výstupy ze SWOT analýzy bývají v procesu strategického plánování dále využity pro vytváření plánů aktivit, jež by měly vést ke zlepšení zmapované situace. Nejčastěji je volena tzv. strategie WO – tj. zaměření aktivit na odstraňování identifikovaných slabých stránek a využívání příležitostí. Při větším počtu slabých stránek jsou voleny priority, tedy ty slabé stránky, které je třeba odstranit co nejdříve – rovněž s ohledem na to, zda je to ve stanoveném období realistické. Na základě stanovených priorit je zpravidla vypracován akční plán, v němž jsou uvedeny cíle, úkoly, termíny, odpovědnost za plnění a kontrolu naplnění úkolů, kritéria hodnocení naplnění cíle a rozpočet, který je na realizaci daného úkolu potřebný.

#### 4.2 Výstupy z analýzy potřebnosti služeb

Liberecký kraj schválil Akční plán protidrogové politiky na období 2010 - 2012 (podrobněji viz kap. 2.6.1 a kap. 4.2), který byl rovněž zpracován s využitím SWOT analýzy mj. i pro oblast léčby a resocializace. V části týkající se oblasti léčby a resocializace, byl stanoven tento hlavní cíl:

*“Rozvíjet dostupnost, kvalitu a provázanost sítě léčby a následné péče pro uživatele legálních i nelegálních návykových látek a patologické hráče”.* Gestorem takto stanoveného cíle je člen rady kraje pro resort sociálních věcí. S ohledem na to, že významná část cíle se týká léčby a – jak bylo argumentováno – následná péče pro uživatele návykových látek má nejen sociální, ale i neodmyslitelné zdravotnické komponenty, bylo by vhodné, aby gestorem případně spolugestorem byl i člen rady kraje pro resort zdravotnictví.

Uvedený hlavní cíl je konkrétněji definován ve specifickém cíli 15. *“Zkvalitňovat a rozvíjet stávající služby. Rozšiřovat existující síť léčby a následné péče o chybějící služby v jednotlivých obcích kraje”.*

Zdá se, že v tomto ohledu **Akční plán spoléhá na výstupy komunitních plánů obcí respektive na případné požadavky na rozšíření či zřízení takové služby**, v těchto plánech uvedené. Jak ale bylo diskutováno v kap. 2.6.2, **z analyzovaných komunitních**

**plánů 10 obcí** s rozšířenou působností respektive příslušných regionů, aktuální konkrétní **požadavek na případné rozšíření a/nebo zřízení služby následné péče** pro uživatele NL **nevyplývá**.

### **Poptávka po léčbě závislosti a po následné péči v ČR**

Různé zahraniční výzkumy naznačují, že úspěšnost léčby závislostí a udržení změn v chování uživatelů návykových látek dosažených v léčbě, zejména pak abstinence, zvyšují služby následné péče až o 80 % (Franey a kol., 2002; Gossop a kol., 1998, 2001). Následná péče se tedy zdá být významnou a nezastupitelnou součástí systému služeb pro závislé uživatele návykových látek, jež se nicméně v ČR po roce 1989 vyvíjela až po službách harm reduction a službách léčby prakticky jako poslední.

**V roce 2010** nabízelo **ambulantní následnou péči** 13 zařízení a **využilo ji 494 klientů** (z toho 312 mužů), **což představuje mírný nárůst** oproti r. 2009. Intenzivní následnou péči v dlouhodobém strukturovaném programu, většinou s chráněným bydlením poskytovalo 13 zařízení, jejichž celková kapacita 269 míst byla využita 493 klienty (z nich bylo 298 mužů). Kromě uvedených 13 zařízení mohou služby následné péče poskytovat i jiná pobytová nebo ambulantní zařízení, jejichž počet a typy jimi poskytované péče jsou obtížně zjistitelné (Mravčík a kol., 2011).

K hlavním důvodům absence dat o klientech, kteří využili službu následné péče, může patřit skutečnost, že zejména zdravotnická zařízení nemají povinnost hlásit takové klienty Národnímu monitorovacímu středisku či jiným pracovištím pro centrální sběr dat. Následná péče nebo doléčování není zdravotnický výkon hrazený z veřejného zdravotního pojištění, proto lékaři-psychiatři často vykazují jiné výkony než jsou ty o práci se závislými uživateli návykových látek. To může být mj. proto, že některé výkony neexistují a vykazování jiných psychiatrických kódů je podle tvrzení některých lékařů-psychiatrů méně komplikované a/nebo jsou propláceny i ve vyšších cenových hladinách, než práce se závislými uživateli návykových látek.

Přesto lze ze statistických dat o počtu osob, které využily specializované služby následné péče pro uživatele návykových látek a dalších skutečností prezentovaných v této zprávě, usuzovat na dosavadní trendy poptávky po službách následné péče a na jejich pravděpodobný vývoj v horizontu dalších 5 let, tj. do r. 2017.

Počty uživatelů služeb následné péče pro uživatele návykových látek (987<sup>15</sup>) představují celorepublikově pouze nepatrný zlomek osob se závislostí, které během jednoho kalendářního roku absolvují ambulantní (41.182) a/nebo pobytovou léčbu (15.767), podrobněji viz přehled v následující tabulce 21. Pravděpodobně hlavním důvodem tohoto statistického rozdílu je zkrácení v důsledku zmíněné absence dat o počtu uživatelů služeb následné péče pro uživatele návykových látek od jiných, než od specializovaných služeb pro uživatele návykových látek, které služby následné péče v ČR poskytují a vykazují Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a drogové závislosti.

Tab 21 - počty léčených uživatelů návykových látek v ČR podle typu služby a návykových látek (alkoholové a nealkoholové) – Zdroj: Mravčík a kol., 2011

Typ služby	Počet léčených UA	Počet léčených uživatelů drog	Pozn.
Ambulantní léčba – zdravotnické služby	24.182	15.187	
Ambulantní léčba – NNO	-	1.813	převážně uživatelé drog
Psychiatrické léčebny	7.285	3.550	
Psychiatrická oddělení nemocnic	2.378	1.644	
Dětské PL	2	31	
Ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	338		
Terapeutické komunity	131	408	převážně uživatelé drog, často v kombinaci s UA
<b>CELKEM</b>	<b>34.316</b>	<b>22.633</b>	

Data ve výše uvedené tabulce a informace od členů Sekce terapeutických komunit a Intenzivní ambulantní a následné péče pro uživatele NL A.N.O. naznačují, že služby intenzivní následné péče s doprovodným bydlením v převážné míře využívají absolventi léčby závislosti v terapeutických komunitách. Absolventi léčby v psychiatrických léčebnách a/nebo odděleních, mezi nimiž převažují uživatelé alkoholu, v převážné míře vyhledávají ambulantní služby následné péče/doléčování poskytované lékaři-psychiatry nebo je z různých důvodů (viz kap. 3.3) nevyhledávají vůbec.

Služeb 453 ambulantních zdravotnických zařízení, která v r. 2010 vykazovala léčbu alespoň jednoho uživatele návykových látek, využilo 39.369 uživatelů všech typů návykových látek. **Počet ambulantních zdravotnických zařízení vykazujících léčbu alespoň jednoho uživatele návykových látek v r. 2010 vzrostl téměř o třetinu (tj. o 107 na 453), přesto klesl počet ambulantně léčených AT pacientů, na což měl vliv především pokles pacientů užívajících ilegální drogy (bez alkoholu a tabáku), meziročně**

<sup>15</sup> tj. součet 494 klientů ambulantních služeb následné péče + 493 klientů služeb následné péče s chráněným bydlením.

se snížil jejich počet o více než 7 % (tj. o 1156). Došlo k poklesu u všech tří nejčetnějších skupin pacientů léčených pro užívání opiátů/opioidů, stimulantů a/nebo kombinace drog. **Zdá se tedy, že stagnuje respektive se snižuje počet uživatelů ilegálních drog, kteří vyhledávají odbornou ambulantní zdravotnickou pomoc.**

Otázkou rovněž je statistická validita a reliabilita dat o počtech léčených uživatelů návykových látek v ČR podle typu služby a návykových (alkoholových a nealkoholových) látek, které ve výroční zprávě vykazuje Národní monitorovací středisko. Pro všechny typy služeb/zařízení, jejichž statistická data jsou v tab 21 uvedena, není stanovena jednotící definice termínu léčený uživatel návykových látek. S ohledem na vysoký počet tzv. uživatelů NL v ambulantní léčbě ve zdravotnických zařízeních se zdá, že ta vykazala všechny osoby s diagnózou závislosti na některé z návykových látek, jimž poskytla nějakou, byť jednorázovou zdravotnickou intervenci, která nemusela mít s komplexní a kontinuální léčbou závislosti příliš společného.

#### **Počty léčených uživatelů NL v Libereckém kraji**

Výše uvedenou pochybnost o výpovědní hodnotě statistických dat o počtu tzv. léčených uživatelů návykových látek, publikovaných na celorepublikové úrovni, lze ilustrovat s využitím téhož zdroje a dat vztažených k situaci v Libereckém kraji. Podle něj nahlásilo v r. 2010 celkem 14 ambulantních zdravotnických zařízení celkem 1.082 léčených uživatelů návykových látek. Pro co byli uživatelé návykových látek léčeni – tedy zda ze závislosti nebo kvůli jiné diagnóze - se z přehledu v tabulce nelze dočíst.

*Tab 22 - Počet ambulantních zdravotnických zařízení podle počtů léčených uživatelů návykových látek v Libereckém kraji v r. 2010 (Zdroj: NMS, Mravčík a kol., 2011)*

Počet klientů	1-10	11-50	51-100	101-150	151-200	201-300	Počet zařízení celkem	Počet klientů celkem	Podíl v rámci ČR
Počet zařízení	3	4	2	2	2	1	14	1.082	2,63 %

Počet vykazovaných 1.082 léčených uživatelů návykových látek v Libereckém kraji tvoří pouhá 2,63 % z jejich celkového počtu 41.182 vykazovaného na celorepublikové úrovni. Přesto není – na základě provedené analýzy – zřejmé, kde se v Libereckém kraji vzalo tolik ambulantních zdravotnických zařízení, která by poskytovala ambulantní léčbu závislosti tak velkým počtům uživatelů NL.

Pro srovnání, pro detoxifikaci od užívání návykových látek bylo ve stejném roce 2010 hospitalizováno pouze 20 uživatelů alkoholu a 7 uživatelů nealkoholových drog (viz tab



23), což činí pouze cca 2,5 % z celkového počtu uživatelů návykových látek vykazovaných ambulantními zdravotnickými zařízeními v kraji jako léčených.

Tab 23 - Počet osob hospitalizovaných pro detoxifikaci od užívání návykových látek v Libereckém kraji v r. 2010 (Zdroj: NMS, Mravčík a kol., 2011)

Území	Počet zařízení	Počet klientů UA	Počet klientů UD
Liberecký kraj	1	20	7
Ceská republika	28	3.558	3.092
Podíl LK	3,6 %	0,56 %	0,23 %

Zdá se tedy, že mezi výše prezentovanými statistickými daty o počtech uživatelů návykových látek, kterým byla poskytnuta nějaká forma ambulantní zdravotnické intervence, respektive kteří jsou Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti prezentováni jako léčení, panuje určitý nesoulad. Je proto obtížné z něj usuzovat na trendy v poptávce po léčbě závislosti.

#### Poptávka po následné péči v Libereckém kraji

Ještě obtížnější se vzhledem k již zmiňované absenci dat zdá být, získat data o trendech v poptávce po službách následné péče.

Jediným statisticky zpracovaným zdrojem dat tohoto typu jsou v Libereckém kraji zprávy CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci, z nichž lze usuzovat na trend mírného zvyšování poptávky po dané službě v její ambulantní, ale i pobytové komponentě, viz tab 24.

Tab 24 – počty uživatelů služeb následné péče CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci v období 2006 – 2011 (Zdroj: výroční zprávy Advaita, o. s.)

Rok/ komponenta	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Počet klientů DP	24	25	20	29	33	39
Z toho DP s bydlením	0	0	0	12*	23	28

\* - služba bydlení zahájena v průběhu roku 2009

Jak již bylo uvedeno, v r. 2011 měla služba v pořadníku žádostí o přijetí do služby DP s bydlením celkem 52 zájemců, z nichž se jí podařilo uspokojit 28 osob (tj. 54 % žadatelů). Spolu s mírně rostoucími počty uživatelů služby rostou i počty výkonů práce s nimi, zejména individuální a skupinová terapie a sociální práce (byť ta byla v r. 2011 oddělena do samostatného projektu).

Podobně zpracované statistické přehledy o počtech uživatelů NL, kterým poskytovaly služby následné péče, další, zejména zdravotnická a/nebo poradenská zařízení v kraji

nemají, protože po nich nejsou vyžadovány respektive odvedené výkony vykazují v jiné podobě. Pro zpracování odhadu poptávky byli proto pracovníci na uživatele NL nespecializovaných služeb dotazováni na jejich expertní odhad počtu pacientů/klientů, jimž ročně služby následné péče poskytují.

Ze získaných informací lze odhadovat, že **ročně poptává služby následné péče u jejich různých poskytovatelů a v jejich různé podobě v Libereckém kraji celkem cca 250 – 300 uživatelů návykových látek**. Mezi nimi převažují uživatelé alkoholu a meziroční vývoj trendu poptávky je mírně stoupající.

#### 4.3 Prognóza do r. 2017

Jak bylo argumentováno v kapitole 3.3, míra využívání služeb následné péče po absolvované pobytové a/nebo ambulantní léčbě závislosti má svoje limity, které se odvíjejí od diskutovaných nedostatků na systémové úrovni. Jde zejména o tři skutečnosti, které jsou vzájemně provázané.

Tou první je přetrvávající dělení služeb pro uživatele NL podle typu užívané látky. Důsledkem je oddělené budování služeb následné péče pro uživatele nealkoholových drog, přičemž budování podobného typu služeb pro uživatele alkoholu nebyla ze strukturální úrovně věnována pozornost a až na výjimky se neobjevily aktivity z úrovně individuální – tj. ze strany poskytovatelů služeb - jejichž cílem by bylo služby pro tuto cílovou populaci budovat.

Druhou překážkou se jeví být přetrvávající propast mezi zdravotnickými a sociálními službami, jež je podporována ze strukturální úrovně různými opatřeními, např. v podobě rozdílných nároků (standardů) na různé typy poskytovatelů služeb a/nebo ve způsobech jejich financování. V důsledku přetrvávají i na individuální úrovni poskytovatelů služeb překážky, které brání vzájemné a efektivní spolupráci zejména v případech, kdy podoba služeb pro cílovou populaci vyžaduje komplexní zdravotně sociální přístup a tudíž i vzájemnou úzkou spolupráci pracovníků různých profesních skupin.

Do třetice mohou hrát roli bariéry rozdílné postupy uplatňované v pobytové léčbě závislých uživatelů návykových látek v psychiatrických léčebnách respektive v terapeutických komunitách. Ty se liší zejména v intenzitě a obsahu práce s uživateli návykových látek, jež se zdají ústít v rozdílnou míru informovanosti a motivace absolventů léčby ve vztahu k využívání služeb následné péče.

Výše uvedené překážky, které se patrně nepodaří v horizontu následujících pěti let – přes různé typy aktivit např. v podobě rozvoje zdravotnického nelékařského oboru adiktologie, tvorbě koncepce oboru apod. – odstranit, vedou k velmi konzervativnímu odhadu možného dalšího vývoje v poptávce po službách následné péče v Libereckém kraji. Návrhy opatření (viz kap. 5.1) a jejich realizace mohou přispět ke **zlepšování vztahů a spolupráce mezi pracovníky služeb i k rozšíření spektra stávajících pomáhajících služeb** v kraji. To **může vést i k postupnému mírnému nárůstu počtu uživatelů služeb následné péče. V příštích pěti letech však patrně nelze očekávat dramatický nárůst poptávky po těchto službách.**

V souladu s celorepublikově monitorovaným trendem úbytku uživatelů nelegálních návykových látek v ambulantních zdravotnických zařízeních i omezené kapacitě zařízení pro jejich pobytovou léčbu, lze očekávat mírný pokles poptávky uživatelů nealkoholových drog po službách následné péče. Současně je však pravděpodobné, že tento pokles může být vyrovnáván postupně se zvyšujícím zájmem uživatelů alkoholu a/nebo osob s diagnózou patologického hráčství o služby následné péče. To je mimochodem náznak trendu, který ve svých výročních zprávách zmiňuje i CAS – DP Advaita, o. s. v Liberci, ale i jiné služby následné péče v ČR.

**Pokud tedy nedojde** v intervalu příštích pěti let **k zásadním koncepčním změnám v koordinaci a financování služeb pro uživatele návykových látek na systémové úrovni**, zdá se, že **počet žadatelů o služby následné péče** u jejich různých poskytovatelů a v jejich různé podobě **v Libereckém může meziročně mírně narůstat** spíše jen **o jednotlivé zájemce**. V důsledku se počet žadatelů může ze stávajícího odhadovaného intervalu **250 – 300 uživatelů návykových látek**, může posunout do intervalu 300 – 350 osob.

## 5 Doporučení z analýzy

V této kapitole jsou navržena doporučení úprav služeb následné péče pro uživatele návykových látek v Libereckém kraji s cílem přispět ke zvýšení jejich dostupnosti a kvality ve prospěch jejich (potenciálních) uživatelů. Dále jsou navrženy dílčí kroky postupu realizace navrhovaných úprav a diskutovány otázky případného doplnění a/nebo rozšíření analytických prací.

### 5.1 Doporučení úprav sítě služeb

Jak bylo argumentováno v kapitole 3.2 Aktuální dostupnost služeb NP pro uživatele NL, aby bylo v případě služeb následné péče v Libereckém kraji možné mluvit o optimální síti, zdá se, že by měly být - v kontextu současné situace fungování a financování pomáhajících služeb – naplněny přinejmenším následující dva předpoklady:

- a) uživatelé návykových látek by měli mít možnost většího výběru služeb podle svých specifických potřeb a preferencí (tj. možnost vybrat si mezi zdravotnickým případně nezdravotnickým typem služby NP s ohledem na jejich regionální dostupnost);
- b) existující nezdravotnické i zdravotnické služby v Libereckém kraji by mezi sebou měly více spolupracovat. Tj. měly by o sobě vědět – včetně toho, co která služba a za jakých podmínek pro cílovou skupinu poskytuje - a vzájemně si referovat klienty v případech, že jim samy nejsou schopny poskytnout všechny služby podle jejich individuálních potřeb.

Nezdá se však, že by z realizovaného šetření vyplynula potřeba zřizovat nové služby následné péče pro uživatele návykových látek. Jako realističtější se – i vzhledem k současné situaci ve financování a fungování pomáhajících služeb - jeví podpora rozšiřování spektra a vzájemné spolupráce služeb na území kraje existujících.

V podmínkách Libereckého kraje to znamená, přijmout opatření, jež by mohla přispět k dosažení cílového stavu, který by měl vypadat následovně:

#### **Na úrovni celého kraje:**

služby následné péče poskytované psychiatrickými ordinacemi/ambulancemi by měly být dostupné ve všech městech, kde tyto působí – tj. nejenom v Liberci, České Lípě a Semilech, ale i v Jablonci n. N., ve Frýdlantu, v Turnově a v Jilemnici. To je nicméně úkol, který nespadá do gesce odboru sociálních věcí KÚ LK. Jistou příležitostí v tomto

ohledu může znamenat pracovníky MZ ČR zvažovaný záměr obnovit síť AT poraden v jejich podobě před r. 1989. Jinou příležitostí se zdá být revize stávajících tzv. AT úvazků v Libereckém kraji a jejich případná redistribuce;

Specifickou výzvou se jeví být zlepšení vzájemné komunikace a spolupráce mezi pracovníky zdravotnických i nezdravotnických služeb poskytujících služby následné péče pro uživatele návykových látek. Jako jediný možný prostředek k dosažení tohoto cíle se jeví být organizování společných setkávání poskytovatelů služeb, na nichž by se vzájemně poznali, měli možnost prodiskutovat možnosti a limity vzájemné spolupráce a společně navrhnout způsoby komunikace a spolupráce v síti služeb následné péče. Rizikem pro dosažení výše uvedeného cíle je, že Liberecký kraj nemůže jednotlivým poskytovatelům služeb nic nařizovat a jejich pracovníci nemusejí mít zájem ve své praxi cokoli měnit mj. i proto, že pro část z nich tvoří uživatele návykových látek pouze nepatrnou část jejich cílové skupiny;

### **Česká Lípa**

V České Lípě jsou služby následné péče dostupné v psychiatrické ordinaci MUDr. Hnídka, kde se závislími uživateli NL pracují 4 lékaři – psychiatři a 1 terapeutka – nelékařka, jež poskytuje individuální i skupinovou formu následné péče. Dostupná ve městě je i nabídka klienty neplacené služby ambulantní následné péče v jedné psychologické ordinaci.

Nejbližší služba následná péče s ubytováním je dostupná v Děčíně respektive v Liberci. Jako příležitost pro rozšíření stávajících služeb pro klienty služeb následné péče ve městě se jeví nabídka služeb ubytování mj. i pro uživatele NL po léčbě, tj. služby, kterou v České Lípě nabízí Dům humanity a denní stacionář.

### **Liberec**

V Liberci sídlí Centrum ambulantních služeb – doléčovací program Advaita, o. s., které poskytuje služby ambulantní následné péče pro uživatele NL s doprovodným ubytováním. Služby následné péče ve městě poskytují ještě nejméně 2 lékaři – psychiatři a 1 psychologická ordinace, působí zde i dvě svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků – jedna při Krajské nemocnici Liberec, jedna při místní faře.

CAS - DP ve svém kombinovaném typu služby NP (ambulantní s ubytováním) v r. 2011 uspokojilo cca 54 % zájemců o službu (28 z 52). V tomto ohledu se jako možná příležitost pro rozšíření kapacity služby jeví možnost navázání spolupráce s Azylovým

domem – Návrat, o.p.s., který nabízí ubytovací služby pro cílovou skupinu uživatelů NL po absolvované léčbě. Výhodou je, že sociální služby nemusí – na rozdíl od toho, co po službách pro poskytovatele drog požaduje RVKPP – omezovat své služby na uživatele ilegálních drog.

### **Semily**

V Semilech poskytuje službu NP pro uživatele NL lékař se specializací AT cca na 0,1 úvazku. Pro zpestření nabídky v Semilech se jako výhodné jeví, kdyby kromě této nabídky byla dostupná i nabídka poradenství pro uživatele návykových látek ze strany jednoho ze dvou psychologů, kteří zde pracují.

## **5.2 Návrh postupu realizace doporučených úprav**

Jak bylo argumentováno v kapitole 3.1.2, následná péče pro uživatele návykových látek je ze své povahy zdravotně sociální model péče/služby, který vyžaduje spolupráci sociálních a zdravotnických služeb. **Aktivita s cílem zvyšovat dostupnost a kvalitu služeb následné péče pro uživatele návykových látek by proto neměly být pouze v gesci sociálního odboru KÚ LK, ale měly by být realizovány v úzké součinnosti s odborem zdravotnictví.**

**Optimalizaci sítě služeb následné péče pro uživatele návykových látek brání řada překážek na systémové úrovni** (viz kap. 3.3). Jde zejména o přetrvávající rozdílné nároky na sociální a zdravotnické služby, dělení služeb pro uživatele návykových látek podle typu užívaných látek a/nebo nerovné nároky na sociální respektive zdravotnické služby a jejich poskytovatele podle formy právní subjektivity zejména při jejich financování. Zmíněné systémové překážky se promítají i do praxe krajských a/nebo místních orgánů veřejné samosprávy, ale i do fungování zdravotnických či sociálních služeb, stejně jako do přístupu zájemců o službu k poskytovaným službám. **To do velké míry omezuje možnosti, jak může Liberecký kraj dostupnost a kvalitu sociálních respektive zdravotnických služeb následné péče pozitivně ovlivňovat.** Další nevýhodou pro zlepšování stavu v dostupnosti a kvalitě služeb následné péče je, že Liberecký kraj nemůže jednotlivým poskytovatelům služeb něco nařizovat a jejich pracovníci nemusejí mít zájem ve své praxi cokoli měnit mj. i proto, že pro část z nich tvoří uživatelé návykových látek pouze nepatrnou část jejich cílové skupiny.

**Příležitostí pro zvyšování dostupnosti služeb následné péče poskytovaných lékaři-psychiatry** (viz kap. 5.1) může být pracovníky MZ ČR zvažovaný záměr obnovit síť AT poraden v jejich podobě před r. 1989. Jinou příležitostí na úrovni Libereckého kraje **se zdá být revize stávajících tzv. AT úvazků a jejich případná redistribuce.**

**Jako možný prostředek k podpoře komunikace a spolupráce mezi různorodými poskytovateli služeb následné péče se jeví být organizování společných pravidelných setkávání** různých poskytovatelů služeb a/nebo jejich zdravotnických respektive sociálních segmentů. Na těchto setkáních se jejich účastníci mohou vzájemně více poznat, prodiskutovat možnosti a limity vzájemné spolupráce a společně navrhnout způsoby komunikace a spolupráce v síti služeb následné péče v kraji a následně sdílet a vyměňovat si zkušenosti s praktickou realizací jimi navržených postupů, které mohou na základě získávaných zkušeností upravovat. **Je na pracovnících KÚ LK, taková setkávání zorganizovat.** To si ale opět vyžádá úzkou spolupráci mezi pracovníky sociálního a zdravotnického odboru.

Výše navrhovaná setkávání poskytovatelů služeb následné péče respektive jejich jednotlivých segmentů mohou přispět i ke zvyšování využívání stávajících kapacit nabízených existujícími sociálními službami a/nebo službami psychologického poradenství v kraji, jež jsou navrhována v kapitole 5.1.

**K dalším možným opatřením,** která mohou přispívat ke zlepšování dostupnosti a kvality služeb následné péče, **mohou patřit aktivity pracovníků KÚ LK respektive politických reprezentantů kraje při odbourávání** výše zmíněných **překážek na systémové úrovni** (viz kapitola 3.3) při jednáních s ústředními státními orgány a se zákonodárci na celostátní úrovni.

### **5.3 Doporučení pro případné doplnění a rozšíření analytických prací**

Z provedeného šetření nevyplývají poznatky, že by bylo nezbytné doplňovat a/nebo rozšiřovat analytické práce ve vztahu k mapování dostupnosti a kvality služeb následné péče v Libereckém kraji.

Pro účely mapování potřebnosti služeb následné péče a jejich plánování na území Libereckého kraje se jako výhodnější jeví sjednocování praxe v monitorování a vykazování dat o poskytování služeb pro uživatele návykových látek. Slabé stránky v tomto ohledu ovšem existují zejména na systémové úrovni, kdy nejsou sjednoceny sběrné mechanismy dat o službách poskytovaných uživatelům návykových látek

různými poskytovateli služeb – tj. sociálními a zdravotnickými, na něž jsou kladeny nerovné nároky a uplatňovány rozdílné standardy, jež byly diskutovány v kapitole 3.3.



## 6 Použitá literatura

Benešová, I., Lauerman, J. a Porubská, L. (2011) Komunitní plán obcí Frýdlantska – Akční plán pro rok 2011, Frýdlant.

Cermanová, T. a kol. (2010) Komunitní plán sociálních služeb regionu Turnovsko, Turnov.

FOKUS Turnov, o. s. a kol. (2010) Komunitní plán sociálních služeb Železnobrodsko a služby s ním související 2011 – 2015, Železný Brod.

FOKUS Turnov, o. s. a kol. (2010) Komunitní plán sociálních služeb mikroregionu Tanvaldsko, Tanvald.

FOKUS Turnov, o. s. a Město Jilemnice (2010) Komunitní plán sociálních služeb regionu Jilemnicko, Jilemnice.

Franey, C. & Ashton, M. (2002) The Grand Design: lesons from DATOS. Drug and Alcohol Findings 4–6 & 16–19.

Gossop, M., Marsden, J. and Stewart, D. (1998) The National Treatment Outcome Research Study (NTORS). Change in Substance Use, Health and Criminal Behaviour One Year after Intake.

Gossop, M., Marsden, J. and Stewart, D. (2001) NTORS after five years: The National Treatment Outcome Research Study.

Kalina, K. (2008) Terapeutická komunita, Grada Publishing, a.s., Praha.

Kiššová, L. a kol. (2011) Evaluace Národní strategie protidrogové politiky 2005 – 2009, Úřad vlády ČR, Praha.

Národní monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti, Mapa pomoci, Úřad vlády ČR, <http://www.drogy-info.cz/index.php/map/>

Maslow, A. (1970) Motivation and Personality. New York, Harper and Row.

Musilová, P. a Stehlíková, E. (2006) Komunitní plán sociálních služeb města Česká Lípa, Česká Lípa.

Kolektiv autorů (2012) 2. komunitní plán sociálních a souvisejících služeb Jablonecka na období 2012 – 2015, Jablonec n. N.

Kolektiv autorů (2008) 1. komunitní plán sociálních služeb regionu Liberec na období 2008 – 2013 (aktualizace návrhu – červen 2006), Liberec.

Kolektiv autorů (2007) 1. Komunitní plán sociálních služeb pro oblast členských obcí Svazku obcí Novoborska (na období 2007 – 2013), Nový Bor.

Kolektiv autorů (2011) Komunitní plán sociálních služeb regionu Semilsko 2011, Semily.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Sbirka zákonů.

Šnokhous, J. (2011) *Analýza potřeb klientů Doléčovacího centra Prevent v Českých Budějovicích*. České Budějovice 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie.

## **7 Seznam použitých zkratk**

CAS – DP – Centrum ambulantních služeb – doléčovací program

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – ministerstvo zdravotnictví

NL – návykové látky

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NP – následná péče

PA/O – psychiatrická ambulance/ordinace

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

UA – uživatel alkoholu

UD – uživatel drog

UNL – uživatel návykových látek